

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SOCIO – ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**SAÚDE E DIREITOS NA REGIÃO DE FRONTEIRA – ACESSIBILIDADE E
NORMATIZAÇÕES**

JOSIANE AGUSTINI

FLORIANÓPOLIS

2004

JOSIANE AGUSTINI

SAÚDE E DIREITOS NA REGIÃO DE FRONTEIRA – ACESSIBILIDADE E
NORMATIZAÇÕES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade Federal
de Santa Catarina para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora Prof^a Dr^a Vera Maria
Ribeiro Nogueira.

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 28 / 06 / 04

Teresa Kleba Lisboa
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS (SC)

2004

JOSIANE AGUSTINI

**SAÚDE E DIREITOS NA REGIÃO DE FRONTEIRA – ACESSIBILIDADE E
NORMATIZAÇÕES**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social e aprovada, atendendo às normas da legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA



**Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira, Professora do Departamento de Serviço Social
PRESIDENTE**



**Dr^a Ivete Simionatto, Professora do Departamento de Serviço Social
1^a EXAMINADORA**



**Rosa Beatriz Madruga Pinheiro, Assistente Pedagógica do Curso de Relações
Internacionais da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL
2^a EXAMINADORA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2004

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Idalino e Helena, que por muitas vezes foram meu refúgio e incentivadores para continuar a caminhada, quando a saudade teimava em dizer o contrário. Como exemplo de dedicação e amor, de respeito a mim e aos que me rodeiam.

À nona Rosina, minha segunda mãe, que sempre me recebia de braços abertos quando chegava de viagem à Concórdia.

Ao mano Léo, pois as saudades sempre se fizeram presentes. Nem os telefonemas conseguiam amenizar a distância.

Aos tios Dorvilho e Maria, pelos quais tenho grande carinho. Pelo incentivo e por acreditarem que eu chegaria até o final.

Aos irmãos do coração Beto, Délvio, Marcelo, Lú e Márcia. Mesmo nunca presentes, sempre estavam em meu pensamento. Com saudades das conversas, dos encontros, das despedidas, das comemorações... Em fim saudades, por todos os momentos que passamos juntos desde a infância até hoje.

À todos os colegas de turma, pelo convívio nestes quatro anos de Universidade. Cada um que passa por nossas vidas deixa um pouco de si, e da mesma forma leva um pouco de cada um. As lembranças sempre permanecem.

À minha amigona e irmã do coração, Dani. Com seu jeito “antecipado” de fazer tudo. Por todos os momentos que passamos juntas.

À amiga e colega Karina, pelo convívio durante um ano de pesquisa. Poderás sempre contar com meu apoio e carinho. És uma pessoa muito especial.

Aos amigos, daqui e de lá, aos antigos e aos que conquistei nestes quatro anos de UFSC, não os mencionarei, para que nenhum seja excluído de minhas colocações.

Aos professores do departamento de Serviço Social, e em especial àqueles que mantive um maior contato, vivenciando momentos inesquecíveis. Entre elas Marli Palma e Myriam Mitjavila com a experiência através da Bolsa de Monitoria. Em fim, a todos os professores. Foram estes os atores essenciais para minha formação profissional e pessoal.

À Prof^a Ivete Simionatto pelo apoio e incentivo em alguns momentos. Com profunda admiração.

Em especial, também, à Prof^a Regina Célia Tamasso Miotto, a qual tenho profundo carinho. Pelas experiências profissional e pessoal vivenciadas, durante a Bolsa de Monitoria e na supervisão ao estágio curricular obrigatório.

À super Vera, minha prof^a e orientadora. Pelo fato de que, neste momento, as palavras são insuficientes para refletir minha admiração.

Vale também destacar o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão financiador da bolsa de Iniciação Científica para o desenvolvimento da pesquisa.

E à alguém muito especial, Alan. Que entrou em minha vida de repente, e que permanece por ser parte de minha alma. Que as palavras já não são mais necessárias para refletir um sentimento tão intenso.você passou perto de mim, sem que eu pudesse entender, levou os meus sentidos todos pra você, mudou a vida e mais....

Em fim, aos que acreditaram e confiaram em meu potencial.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta como questão o direito à saúde em municípios da região fronteira do estado de Santa Catarina com a Argentina. Tem por intuito verificar em que medida as legislações municipais incluem ou não o direito à saúde em suas pautas e agendas. Realiza, a partir do regate da legislação sobre o tema e do debate contemporâneo sobre o direito à saúde, uma análise sobre a atenção à saúde na relação de integração regional entre Brasil e Argentina. Apresenta através da revisão de literatura as discussões que vêm sendo encaminhadas no que compete aos Direitos Humanos e aos direitos sociais em suas novas dimensões mundiais, refletidas nas relações internacionais e de consolidação da proteção social. A revisão dos aspectos legais, no que se refere ao direito à saúde presente na Carta Constitucional Brasileira de 1988, e nas legislações seguidas a esta, tem relevância a partir do reconhecimento de como vem ocorrendo a efetivação e concretização desse direito, especificamente na região fronteira apontada. Aborda a identificação das modificações que ocorreram nas legislações municipais a partir da reforma do Estado e com a descentralização do sistema de saúde a partir da Norma Operacional Básica - NOB em 1996 e seguidas pelas Normas Operacionais da Assistência Social - NOAS. Os instrumentos para a coleta de informações foram três – pesquisa documental, reunião e entrevistas. Quanto aos documentos foram resgatadas as leis municipais e os acordos firmados entre os governos argentino e brasileiro, desde o início do processo de integração. Foram entrevistados os responsáveis pelo poder legislativo municipal, no sentido de identificar o que o município adota no plano legal sobre o direito à saúde, igualmente, como fonte complementar de dados, os assistentes sociais que atuam na região pesquisada. O estudo aponta para a existência de uma dupla dimensão da compreensão do direito à saúde. A primeira, que confirma os princípios de igualdade e universalidade sem distinção de nacionalidade, do Sistema Único de Saúde e, a segunda, que compreende esses mesmos direitos como garantidos única e exclusivamente aos cidadãos brasileiros. Reconhece-se também que, mesmo com a grande extensão geográfica de fronteira com os demais países, há escassa legislação existente no território nacional, referente ao direito à saúde na região de fronteira. As recentes declarações e acordos firmados entre o Governo da Argentina e o Governo Brasileiro ainda não têm possibilitado o respaldo legal de ações e políticas que assegurem aos indivíduos residentes nessa região de fronteira o acesso a políticas sociais que atendam as demandas mais frequentes de proteção social.

Palavras-chave: Mercosul, Direitos Humanos, direitos sociais, direito à saúde, integração regional.

LISTA DE SIGLAS

AMOSC - Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina

AMEOSC - Associação dos Municípios do Extremo Oeste Catarinense

CODESUL - Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul - Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul

CRECENEA - Comissão Regional de Comércio Exterior do Nordeste Argentino

DDH - Declaração dos Direitos Humanos

FECAM - Federação Catarinense de Municípios

GPAB - Gestão Plena de Atenção Básica

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MIR - Ministério da Integração Regional

MIN - Ministério da Integração Nacional

Mercosul - Mercado Comum do Sul

MRE - Ministério das Relações Exteriores

NOAS - Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OIT - Organização Internacional do Trabalho

SC – Santa Catarina

SES/SC – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE SIGLAS | 6 |
| INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 1. OS DIREITOS SOCIAIS NO CONTEXTO DA GLOBALIZAÇÃO | 15 |
| 1.1 Direitos Sociais e Globalização - transformações recentes. | 18 |
| 1.2 As Conferências Internacionais como ofensivas à redução dos direitos..... | 26 |
| 2. DIREITO À SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO | 38 |
| 2.1 Direito à Saúde no Brasil a partir da década de 1980 | 38 |
| 2.2 A política de Saúde e a responsabilidade municipal..... | 45 |
| 3. MERCOSUL, DIREITOS SOCIAIS E INTEGRAÇÃO | 55 |
| 3.1 Integração Regional entre Brasil e Argentina – aspectos legais | 60 |
| 3.2 Municípios Catarinenses, Saúde e direitos na região da fronteira. | 75 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 88 |
| REFERÊNCIAS..... | 93 |

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda algumas questões referentes aos direitos sociais, no atual mundo globalizado. Trata, igualmente, de verificar as ações que vêm sendo planejadas e executadas na esfera do direito à saúde, tendo em vista a ampliação da integração regional, no âmbito municipal, interfronteiras do Estado de Santa Catarina e a Argentina. Realiza, a partir de uma revisão da legislação vigente e do debate contemporâneo sobre o direito, uma análise sobre os aspectos legais da atenção à saúde na relação de integração dos Países.

O interesse pela discussão decorre da participação no projeto de pesquisa intitulado *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*¹, fato que permitiu maior aproximação com o debate sobre o direito à saúde na região de fronteira. A partir dessa participação viabilizou-se a construção do objeto de estudo - o resgate da situação legal referente ao direito à saúde em municípios fronteiriços - conforme sub-projeto de pesquisa intitulado a legislação referente ao direito à saúde nos municípios de Santa Catarina que fazem fronteira com o Mercosul². Foram apreendidos por Nogueira (2003), três fenômenos que contribuiriam para a constituição e delimitação do objeto de estudo. O primeiro refere-se à constatação de

¹ Projeto de pesquisa, proposto ao CNPq sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira, com o objetivo de caracterizar o perfil da demanda para as ações e serviços de saúde e para o atendimento sócio-assistencial correlato; buscar evidências sobre o trânsito populacional interfronteiras; aprofundar a reflexão sobre como e sob quais perspectivas ético-políticas o direito à saúde vem se consolidando nos países do Mercosul; estabelecer uma aproximação com as medidas de proteção social da saúde, que vêm sendo elaboradas pela União Européia; produzir conhecimentos que subsidiem as decisões quanto à proteção social da saúde na região da fronteira Mercosul, buscando favorecer o alcance da integração social e não unicamente econômica.

² Sub-projeto de pesquisa, proposto ao CNPq pela bolsista Josiane Agustini, com o objetivo de conhecer a legislação referente ao direito à saúde nos municípios de Santa Catarina que fazem fronteira no Mercosul.

divergências entre os países quanto à concepção do direito à saúde, tanto no discurso quanto na prática. Essas alterações podem assumir gravidade maior na região de fronteira, visto que colidem com interesses de pessoas que buscam atendimento à saúde nos municípios fronteiristas. O segundo ponto considera a ampliação de solicitações relacionadas à saúde por pessoas que chegam de outros países, tanto sócio-assistenciais quanto ligadas diretamente à assistência médico-hospitalar. Essa situação vem sendo relatada pelos assistentes sociais que atuam em prefeituras dos municípios em Santa Catarina, situados na região de fronteira com a Argentina. A forma como tais solicitações vem sendo atendidas ou não, possibilita entender as tendências do direito à saúde na região estudada. O acréscimo súbito e intenso da demanda relacionada à proteção social da saúde, se não for bem administrado ética e politicamente, pode acarretar uma situação difícil e tensa para os municípios, os quais mantêm forte aproximação cultural, além de relações econômicas e sociais com os congêneres dos demais países (NOGUEIRA, 2003).

Nesse sentido, o presente trabalho discute os direitos sociais, nas transformações societárias, com o surgimento de um novo conceito de cidadania - a cidadania global - e os Direitos Humanos, na ótica de sua concretização e efetivação frente à lógica neoliberal.

Sabe-se que existem inúmeras abordagens teóricas a respeito da natureza dos direitos sociais convém esclarecer que, a direção teórica e política sobre os direitos, neste trabalho assumida, apreende-os como vinculados a uma cidadania ativa. Trata-se, portanto, de uma luta constante contra qualquer constrangimento que impeça seu exercício ou garantia de autonomia plena (NOGUEIRA, 2002A). Os direitos tem sido identificados como categoria central em distintas esferas de discussão. De um lado, articulando-se a uma perspectiva de consolidação democrática e de ampliação da cidadania. De outro, ocorrendo a flexibilização dos direitos

sociais e trabalhistas, consoantes com os processos de globalização (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 1998).

Novos desafios surgem, quanto à integração internacional e, mais especificamente, quanto à integração regional de países, como se reconhece no caso de Brasil e Argentina³ que, a partir do Mercosul, passaram a atuar de forma comum, em aspectos econômicos e sociais. Nesse eixo, são percebidos novos desafios e novas polêmicas sobre a concretização e efetivação da legislação que dispõe sobre os direitos. Uma das polêmicas diz respeito à compreensão do princípio da universalidade, inscrito na Constituição Federativa do Brasil de 1988, este entendido, ora como um direito garantido aos brasileiros, ora garantido para todas as pessoas igualmente, sem distinção de nacionalidade. Outro princípio constitucional, o da descentralização, interfere no debate em tela, devido a maior autonomia dos municípios na condução e gestão das políticas sociais, as quais deveriam garantir os direitos. Por esta razão, a integração regional, no que tange ao direito à saúde, surge como um desafio para fazer valer as garantias a ele vinculadas. Deve-se recordar que, além da Carta Constitucional Brasileira, outras Cartas mundiais, dentre elas a Declaração dos Direitos Humanos de Viena, contém as mesmas determinações sobre direitos. Desta forma, mais de 170 países do mundo foram favoráveis e assinaram os protocolos dela decorrentes.

A integração atual entre países - blocos regionais - traz a necessidade do conhecimento dos trâmites legais e acordos firmados sobre a garantia dos direitos sociais, e se esses condizem com as reais necessidades e demandas dos espaços interfronteiras. A partir desta constatação, torna-se de suma importância a identificação das particularidades legais de competência brasileira, em âmbito municipal, onde se concretizam essas demandas.

³ O Mercosul é constituído pela Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai.

Concomitantemente, se reconhece a necessidade de caracterizar as debilidades legais mais freqüentes que interferem na implementação e execução de ações e serviços de saúde nos municípios da região fronteira do Estado de Santa Catarina.

Foram estes os questionamentos que conduziram aos objetivos propostos para o estudo, a saber: reconhecer e descrever as regulações sobre o acesso a saúde; identificar e examinar os patamares legais de acessibilidade às ações e serviços em saúde nos municípios fronteiriços e a concepção de direito à saúde que perpassa tais regulações.

Na definição dos objetivos, partiu-se do reconhecimento das modificações que ocorreram nas competências municipais, a partir da descentralização do sistema de saúde ratificada com as Normas Operacionais Básicas e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

Os caminhos metodológicos seguidos, para a realização da pesquisa, foram definidos a partir dos objetivos determinados para a realização do estudo. No sentido de colher os subsídios que permitiram a análise das categorias mencionadas no trabalho, foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: a pesquisa documental, a reunião e a entrevista. No primeiro caso, as informações foram resgatadas a partir da documentação legal existente, entre elas as Leis Orgânicas Municipais, os acordos firmados entre o Governo Estadual de Santa Catarina e o Governo Argentino, os acordos internacionais no âmbito do Mercosul, a citar o Acordo Sócio-Laboral e a Lei do Estrangeiro. A consulta à legislação teve por intuito, identificar e caracterizar as ordenações existentes e o que vem sendo regulado no âmbito da atenção à saúde aos usuários que residem ou transitam na região de fronteira entre os dois países.

As reuniões com os pesquisadores do *Projeto de Pesquisa Fronteira Mercosul* e com os profissionais de saúde de alguns municípios, buscaram identificar a existência de

informações sobre os aspectos legais na região pesquisada. As reuniões com os pesquisadores foram realizadas em Florianópolis⁴. Foi realizada, também, uma reunião focal com os assistentes sociais da região estudada, em abril de 2004, no município de São Miguel do Oeste.

As entrevistas com representantes de instituições municipais, buscaram reconhecer a existência de normas legais que regulassem ou identificassem o direito à saúde na região. Primeiramente houve a caracterização dos municípios de fronteira que apresentam população com mais de 10.000 habitantes, ou identificados como focos de demanda sócio-assistencial. Os municípios que apresentaram estas características foram: Chapecó, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Itapiranga, São Miguel do Oeste e São José do Cedro.

A busca inicial das informações ocorreu por via eletrônica. No momento que se deram por esgotadas às possibilidades de pesquisa através dos meios bibliográficos e eletrônicos, tornou-se necessário a articulação e o reconhecimento junto às instituições governamentais, das possíveis informações ou dados referentes ao objeto de estudo: a região da fronteira. As informações, presentes nos meios eletrônicos possibilitaram o conhecimento de políticas e programas no âmbito da região fronteira, realizados em âmbito nacional e ou regional, para a integração entre os países.

O presente trabalho está estruturado em três momentos. No primeiro momento, será apresentada uma breve revisão de literatura, sobre os direitos sociais. Inclusas nesta revisão, estão as categorias que subsidiam a análise, tais como cidadania no mundo globalizado e o direito à saúde. Os Direitos Humanos, atualmente, contêm uma nova referência analítica devido as relações de internacionalização dos países. Observa-se, que os direitos sociais são

⁴ Reuniões realizadas em novembro de 2003, fevereiro de 2004 e maio de 2004.

debatidos no âmbito de ajustes das políticas sociais, pela forma que se apresentam e se caracterizam. Serão destacadas, ainda, as implicações da política neoliberal na área social e as reordenações do Estado, frente à redução de suas funções para a esfera social. O tema será apresentado a partir da criação dos blocos econômicos, em âmbito mundial, mais precisamente com a criação do Mercosul, a fim de contemplar os aspectos dos direitos sociais, contidos nessa transformação. A caracterização dos direitos sociais nas relações estabelecidas a partir do Mercosul, pretende subsidiar a análise do direito à saúde no âmbito regional.

No segundo momento, será contemplado o direito à saúde na legislação brasileira e as regulações no campo da política que vem garantindo esse direito. O debate sobre o direito à saúde vem, a partir da Reforma Sanitária, trazer e propor novos conceitos sobre a concepção de saúde. Dentre as propostas, situa-se a criação do Sistema Único de Saúde e a descentralização das políticas de saúde, de forma que o acesso às ações e serviços de saúde aos usuários, sejam garantidos com universalidade, equidade e integralidade. Passa a fazer parte do arcabouço legal da política de saúde no Brasil, a garantia constitucional do direito à saúde, no final da década de 1980. Essa nova garantia, fazia alusão a um conjunto de condições que as novas regulações deveriam atingir. A política de Saúde consolida-se com o Sistema Único de Saúde, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Dentre essa nova organização da política de saúde, na esfera nacional, o governo Federal, Estadual e municipal passaram a ser responsáveis por sua gestão e implementação e, desde então vigoram novas formas de regulação da atenção à saúde. Os municípios, a partir de então, desempenham um papel de extrema importância, de acordo com o que é sugerido nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). O destaque às Normas Operacionais ocorre por estas serem instrumentos reguladores, que sinalizam e organizam os

processos descentralizadores. Da mesma forma, a ênfase na descentralização decorre por ser a esfera municipal, a responsável pela garantia primeira do direito à saúde.

No terceiro momento, dá-se a caracterização dos aspectos de integração entre os países, no caso de Brasil e Argentina, ocorrida com a criação do Mercosul, a partir dos acordos e cooperações firmados entre os mesmos. A caracterização e a análise dos aspectos mencionados, parte das relações que se estabeleceram nos municípios da região do extremo oeste catarinense, localizados nesta faixa de fronteira com Argentina. Os municípios analisados no estudo, são aqueles que se percebe a existência de demanda, referente a serviços e ações em saúde.

Destaca-se a contribuição da Secretaria de Estado da Articulação Internacional, que possibilitou a coleta de informações mais precisas quanto a região de fronteira. Da mesma forma, tem relevância a contribuição dos profissionais de Serviço Social que atuam na região pesquisada. Suas informações forneceram, em conjunto com as informações documentais anteriormente apresentadas, subsídios para a análise do objeto de estudo, o direito à saúde. A aproximação e o reconhecimento dos profissionais de Serviço Social, com o projeto Fronteira Mercosul, que realizou-se no município de São Miguel do Oeste, também possibilitaram a coleta de informações, essenciais para o desenvolvimento da pesquisa. Cabe por fim destacar, o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) como órgão financiador da bolsa de Iniciação Científica para o desenvolvimento da pesquisa.

CAPÍTULO – I

1. OS DIREITOS SOCIAIS NO CONTEXTO DA GLOBALIZAÇÃO

O presente item apresenta uma revisão de literatura sobre os direitos sociais, incluindo o direito à saúde e as modificações que incidiram nas últimas décadas sobre os mesmos. Contém uma análise teórica das categorias levantadas no estudo como essenciais para a discussão da temática, entre elas a cidadania, os Direitos Humanos, os direitos sociais e o direito à saúde. As categorias históricas apontadas vinculam-se às transformações societárias que ocorreram nas últimas décadas. Torna-se necessário apreendê-las para compreender o que vem ocorrendo com o objeto de estudo em questão, o direito à saúde.

As alterações que se deram nas esferas política, social e, principalmente, econômica nas últimas décadas do século XX, trouxeram novas reordenações e ajustes em âmbito nacional e internacional. Lopes (1994) aponta, a ocorrência de transformações sócio – econômicas, inicialmente nos países avançados, que acarretaram visíveis consequências sociais. Aos países industriais periféricos, que se inseriam em um contexto econômico e social diferente dos países mencionados anteriormente, foram apresentadas mudanças produtivas e econômicas, que trouxeram novos desafios para a efetivação das políticas sociais.

A política, a economia e o mercado passam a comandar o cenário contemporâneo ao ditar e reger as regras de comportamento dos Estados nacionais, dentro da lógica econômica neoliberal, enquanto ocorre redução da intervenção governamental. O fenômeno da

globalização impõe a integração dos países, tanto no sentido de incorporação de aspectos econômicos, culturais e sociais e entre outros, quanto na divulgação das informações.

Essas mudanças devem ser concebidas como forças de atuação ou como forças globais de mudança. Estas, evidenciadas na internacionalização das economias nacionais e no aumento da competição internacional. A internacionalização vem suprir uma necessidade dos mercados nacionais devido sua saturação, ocasionando a busca por outros mercados consumidores. Essa nova competição se dá através da qualidade dos produtos, da sua diversificação e pela incessante inovação, ou seja, novos produtos e novos modelos. Este é o cenário da nova situação competitiva entre as empresas - formas de organização, uso de tecnologias, uso da força de trabalho, novas estruturas industriais, em busca da competitividade e da produtividade-, como aponta Lopes (1994).

O autor menciona que, o que vem ocorrendo é tanto uma desconcentração da indústria dentro dos países adiantados, como destes para os países menos industrializados. Desta forma, migram indústrias que se desconcentram e constituem redes de empresas menores, e como resultado têm-se, tanto nos países quanto internacionalmente, novos padrões de distribuição espacial e regional (LOPES, 1994).

Essa nova competitividade internacional passou a pressionar as empresas, principalmente nos países mais industrializados, e trouxeram a expressão de novos modelos de produção flexível⁵, que apresentam características de produção mais enxuta - as empresas se dedicam mais àquilo que é mais eficiente e subcontrata outras partes -, requerem maior

⁵ Nas empresas e nos setores mais modernos, a flexibilização produtiva se dá pela modernização organizacional que se apresenta acompanhada ou não pela penetração de novas tecnologias em particular da microeletrônica, segundo Lopes (1994).

capacitação da força de trabalho e são diferenciadas as formas de uso da força de trabalho - trabalhador polivalente, trabalho temporário, terceirização, para a realização de alguns serviços.

Segundo Lopes (1994), os ajustes econômicos pelos quais os países da América Latina passaram, principalmente na década de 1980, situam-se nos processos de modificações e decisões que ocorreram em âmbito mundial. Nestes países, a economia se internacionaliza e as empresas - em sua maioria filiais de multinacionais - iniciam o processo de flexibilização produtiva. Essas decisões se traduzem em ajustes econômicos e apresentam as seguintes características: ajuste externo, estabilização monetária, desregulamentação, liberalização comercial e privatizações – este aspecto tem repercutido principalmente na esfera pública. Os organismos internacionais, entre eles o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, passam a formular as indicações para a saída da crise impondo, aos demais países, os ajustes estruturais.

São presenciados, novos desafios aos governos nacionais na esteira da política de redução do Estado e de sua função reguladora da economia. Fazem parte desse cenário de transformações as constantes migrações internacionais na busca por melhores condições de vida nas grandes metrópoles. Concomitantemente, surgem novas questões sociais que desafiam a construção de políticas públicas para atendê-las.

Os ajustes e reformas, propostas por essa política de reestruturação econômica, objetivam o dinamismo e a integração dos mercados e das economias mundiais. Para tanto, se desencadeia um processo de desresponsabilização dos Estados, no que se refere a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades de seus cidadãos.

No cenário de desmonte e diminuição das políticas públicas, os direitos sociais vêm adquirindo novos desenhos. Os direitos sociais e os Direitos Humanos passam, não mais pelo

desafio de serem positivados, mas sim, pelo desafio presente de proteção e efetivação, como garantia legal.

1.1 Direitos Sociais e Globalização - transformações recentes.

As transformações societárias desencadeadas no âmbito político, econômico e social nas últimas décadas têm íntima relação com a expansão da política econômica neoliberal⁶ e com a expansão da globalização⁷. Estas, trouxeram novas formas de ser ao mercado, à economia mundial e às relações estabelecidas entre Estado e sociedade. O fato decorre do avanço do capitalismo, pelo eixo da política econômica neoliberal, que trouxe consigo a rivalidade entre as grandes corporações. Desta forma, passou a igualar e ditar padrões do modo de produzir e consumir produtos e serviços mundialmente. Esse novo quadro de transformações econômicas, aprofundam e tornam visíveis as sérias desigualdades sociais.

Na “era dos mercados”, como se refere Sader (2004), os direitos estão sendo retraídos. Isso ocorre com a imposição, ao consenso comum, de que o mercado é o regulador das

⁶ Doutrina desenvolvida a partir da década de 1970, que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, só devendo esta ocorrer, em setores imprescindíveis e ainda assim, em grau mínimo (HOUAISS, 2001)

⁷ O conceito de Globalização se refere ao processo pelo qual a vida social e cultural nos diversos países do mundo é cada vez mais afetada por influências internacionais em razão de injunções políticas e econômicas. Econ. Intercâmbio econômico e cultural entre diversos países, devido à informatização, ao desenvolvimento dos meios de comunicação e transporte e à pressão política no sentido da abdicação de medidas protecionistas. Econ. Pol., refere-se a espécie de mercado financeiro mundial criado a partir da união dos mercados de diferentes países e da quebra de fronteiras entre esses mercados (HOUAISS, 2001).

De acordo com Vieira (1997 *apud* MARCHI, 2000, p.24), a globalização constitui-se num rearranjo da economia mundial, como resultado de antigos e novos elementos de internacionalização e integração, além da disseminação de padrões de organização econômica e social, consumo, cultura, que resultam das relações estabelecidas no mercado, das experiências políticas e administrativas, da amplitude das comunicações e problemas impostos pelas novas condições internacionais de produção e intercâmbio.

relações sociais e econômicas. O que não fica expresso, é que o fato ocorre às custas dos direitos sociais, em que a cidadania não mais é garantida através do poder público, e sim pelo que o autor chama de “poder do dinheiro”, que comanda os mercados. Estes mercados, vêm desempenhando um papel central na regulação das relações sociais, em busca da hegemonia financeira. Reconhecem apenas o poder dos capitais, que são expandidos à medida que se retrai a regulação estatal e a esfera dos direitos.

A dinâmica acima descrita acentuou-se nas duas últimas décadas. No Brasil, esse processo se intensificou na década de 1990, quando o Estado passou a ser visto negativamente sob o estigma de burocrático, corrupto, excludente e apropriador de recursos de cidadania por meio de impostos. Desta forma, a esfera privada, especialmente o mercado, foi considerado como dinâmico, livre, criador e inclusivo (SADER, 2004).

Neste espaço de conflitos, a diminuição dos recursos públicos para as políticas sociais e de crescente expansão da demanda por serviços privados como educação, saúde, segurança, transporte, entre outros, passaram a restringir os direitos. Os cidadãos, que dependem da garantia pública dos serviços acima mencionados, ficam excluídos de alguns destes, mesmo que as garantias estejam consagradas na forma de direitos, na carta constitucional. Assim, as políticas vão ao encontro das recomendações apresentadas pelo Banco Mundial, que ao em vez, de serem universalizadas, centram-se em políticas focalizadas (SADER, 2004).

Segundo Soares (2000), o novo modelo de acumulação capitalista implica na perda de identidade dos direitos sociais e a restrição do conceito de cidadania. Isso decorre da redução dos gastos estatais, com as políticas de mercantilização da força de trabalho e a transferência das ações, relacionadas à garantia das necessidades básicas de sobrevivência, ao mercado.

Os ajustes econômicos estabelecidos interferem, na restrição dos direitos sociais de duas formas. De um lado, por sua mercantilização, e de outro, pela utilização intensiva dos

fundos públicos na reprodução do capital. O esgotamento do papel do Estado – Nação, como regulador dos processos societários e a emergência de blocos econômicos, determinam rearranjos na atenção às demandas sociais. Isso implica em uma crise, tanto no interior da esfera pública, quanto nas “referências identitárias” que interferem na regulação da vida em sociedade (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 1998).

O fenômeno da globalização torna presente o debate sobre os direitos, que emergem com as velhas características do liberalismo. Concomitantemente, apontam um agravante: a própria definição, do que é ou não é direito não mais restrita aos Estados nacionais, mas imposta aos mesmos pelas agências e grupos econômicos transnacionais. Ao mesmo tempo, os Estados passam a perder sua soberania, na definição do patamar de direitos que cabe aos seus cidadãos. Mediante a este fato, necessitam de uma reestruturação para impor a restrição aos direitos em alguns casos e, ampliar direitos de outros, o que implica em reformas nos planos jurídico, administrativo e institucional (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 1998).

Carvalho (2001), aponta que o cenário internacional traz complicações na construção da cidadania, visto que, os países periféricos têm como modelo os países desenvolvidos, que diferentemente dos primeiros, contam com patamares bastante inclusivos quanto aos direitos sociais e políticos. O autor indica dentre alguns fatores, mas principalmente a globalização da economia em ritmo acelerado, que provocaram e continuam a provocar, mudanças importantes nas relações entre Estado, sociedade e a nação, estes apontados como o centro da noção e da prática da cidadania ocidental. Segundo Carvalho, o foco das mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade, localiza-se em dois pontos: a redução do papel central do Estado, como fonte de direitos e como arena de participação, e o deslocamento da nação como principal fonte de identidade coletiva.

Carvalho (2001), ressalta ainda que neste cenário os direitos sociais são afetados. Exige-se a redução do déficit fiscal que levam os governos dos países à reformas no sistema de seguridade social, assim como, são resultantes os cortes de benefícios sociais. Desta forma, a renovada lógica liberal insiste na importância do mercado, como auto-regulador da vida econômica e social. As consequências desta questão são percebidas na redução do papel do Estado. Portanto, sob esta ótica, o cidadão é visto cada vez mais como mero consumidor, distante de preocupações com assuntos políticos ou com problemas coletivos (CARVALHO, 2001).

A elaboração marxiana sobre a cidadania, permite realizar algumas especulações sobre as implicações sofridas pelas políticas sociais na sociedade capitalista, as quais são partes constituintes dos direitos sociais. Tem-se, uma certa igualdade formal dos indivíduos frente à desigualdade econômica, expressa subjetivamente na condição de cidadania, concretamente implementada por um arcabouço institucional jurídico-político, típico da democracia política representativa. Caracteriza-se por propiciar a materialização das políticas sociais como expressão dos direitos de cidadania (PORTO, 2001).

Silva (2001) aponta a noção de cidadania, como aquela que vê o homem como sujeito de direitos e que ao exercer esses direitos, exerce influência e passa a delimitar as funções do Estado. É o que chama de interdependência existente entre cidadania e participação. A autora traz, ainda, a categoria cidadão. Para Silva (2001), cidadão é aquele que, usufrui os bens e serviços socialmente produzidos e participa de forma livre, consciente e autônoma sobre as decisões políticas, econômicas, culturais, sociais, éticas entre outras e de esferas democráticas.

Na discussão dos direitos, a cidadania vem no sentido de garantir, não apenas e tão somente que os direitos - sejam eles civis, políticos ou sociais - sejam concretizados, mas, que além destes o indivíduo seja capaz de compreender-se nesse processo. Compreender-se como

cidadão, que dispõe de direitos, mas, que também responde por deveres. Deveres, compreendidos como essenciais para que haja a coesão e a responsabilidade social.

Marshall (1967), define cidadania como constituída por diferentes direitos e instituições, determinadas historicamente. O conceito de cidadania, segundo Marshall (1967), divide-se em três componentes ou elementos, que se inter-relacionam e se incorporam reciprocamente, são eles: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Os primeiros, são aqueles caracterizados pela liberdade individual, entre eles a liberdade de imprensa, de expressão do pensamento e da fé, e o direito ao trabalho, na esfera econômica. Os segundos, os direitos políticos, caracterizam-se pelo direito de participação do exercício do poder político. Por fim, os direitos sociais, que fazem referência a tudo o que diz respeito a um mínimo de bem - estar econômico e segurança. Concentram, assim, o direito de participar e usufruir de bens e serviços socialmente produzidos, para que o cidadão viva com dignidade, de acordo com os padrões seguidos pela sociedade.

Vieira (2001), ao retomar e ampliar a interpretação e a concepção de T. H. Marshall em 1967, distingue a cidadania como composta pelo conjunto dos direitos civis, dos direitos políticos e dos direitos sociais, elucidados em gerações de direitos. Os direitos de primeira geração, são os direitos civis e políticos, conquistados no século XVIII. Os direitos sociais são compreendidos como direitos de segunda geração, econômicos ou crédito, foram conquistados no século XX, a partir de lutas dos movimentos operários e sindicais. São evidenciados, como direitos sociais: o direito ao trabalho, à saúde, à educação, aposentadoria, seguro – desemprego, ou seja, à garantia de acesso aos meios de vida e bem estar social. Aos direitos de terceira geração, como chama, cabe a garantia dos direitos à grupos humanos como o povo, a nação, as coletividades étnicas ou a própria humanidade. Compreende, assim, o direito a

autodeterminação, o direito ao desenvolvimento, o direito à paz, o direito ao meio ambiente e outros.

A cidadania e direitos sociais, nesse sentido, são apreendidos como categorias que se conjugam e seguem paralelamente. Como aponta Silva (2001), o reconhecimento da cidadania se dá através da construção individual e coletiva de homens livres e autônomos. Ou seja, esse reconhecimento se dá através do exercício igualitário dos direitos civis, políticos e sociais, já existentes e reconhecidos em uma determinada formação social e em um determinado momento histórico, por todos os indivíduos. Cidadão é então, aquele que usufrui os bens e serviços socialmente produzidos, e participa de forma livre, consciente e autônoma das decisões sobre a vida de seu país, em todas as dimensões e esferas de poder (SILVA, 2001).

Um elemento importante para a compreensão da cidadania é o princípio contemporâneo das nacionalidades, que remodelou e trouxe uma nova definição ao conceito de cidadania. No que se refere ao princípio do direito dos povos, a soberania se dá como atributo da Nação, do povo, e não somente do governante. O princípio das nacionalidades lembra que, a nação é anterior a cidadania, pois é no quadro da comunidade nacional que os direitos cívicos podem ser exercidos. A cidadania fica, desta forma, limitada ao espaço territorial da nação (VIEIRA, 2001).

A relação entre cidadania e nacionalidade, citada por VIEIRA (2001), configura um campo de confronto, entre o pensamento conservador e o pensamento progressista. Para os conservadores, a cidadania restringe-se ao conceito de nação, assim, são cidadãos somente os nacionais de um determinado país. Essa visão, estritamente nacionalista, passa a excluir os imigrantes e estrangeiros que residem em um determinado país dos benefícios da cidadania. No pensamento progressista tem-se uma visão mais ampla do conceito de cidadania. Esta, não

somente referenciada como garantia aos nacionais de um país, mas também garantidos os direitos dela indicados, aos não nacionais, frente ao contexto mundial de integração.

Ainda, segundo Vieira (2001):

[...] os problemas que afetam a humanidade e o planeta atravessam fronteiras e tornam-se globais com o processo de globalização que se acelera neste final do século XX. Questões como produção, comércio, capital financeiro, migrações, pobreza, danos ambientais, desemprego, informatização, telecomunicações, enfim, as grandes questões econômicas, sociais, ecológicas e políticas deixaram de ser apenas nacionais, tornaram-se transnacionais. É nesse contexto que nasce hoje o conceito de cidadão do mundo, de cidadania planetária, que vem sendo paulatinamente construída pela sociedade civil de todos os países, em contra posição ao poder político do Estado e ao poder econômico do mercado (VIEIRA, 2001, p. 32).

Como visto anteriormente, o conceito de cidadania sofre profundas transformações em determinados momentos históricos, por distintos atores sociais. Os direitos sociais, conquistados ao longo dos séculos, têm como componentes essenciais as lutas dos movimentos sociais, que caminhavam na busca da real cidadania e do direito a ter direitos. Os novos carecimentos, como indica Bobbio (1992), nascem em função de mudanças nas condições sociais e quando o desenvolvimento técnico permite satisfazê-lo, quando tornam-se presentes novas exigências e demandas. Ou, dito de outra forma, o desenvolvimento das tecnologias, a transformação das condições econômicas e sociais, a ampliação dos conhecimentos e a intensificação dos meios de comunicação, vêm produzindo mudanças na organização da vida humana e nas relações sociais. A partir de então, criam-se condições favoráveis ao nascimento de novos carecimentos e, portanto, para novas demandas de liberdade e de poderes, deste fato decorre o surgimento de novos direitos.

Uma nova idéia de cidadania, denominada cidadania estratégica surge, em que os direitos são qualificados como meios para obter a igualdade, não unicamente jurídica e formal,

mas como viabilizador da liberdade, tanto no plano econômico como também no plano político, que somente integra a pauta política dos sujeitos sociais, como aponta Nogueira (2002).

Dupas (2001) indica que, no momento que a inserção na globalização passa a mostrar com nitidez sua face socialmente perversa, ocasionando, em algumas situações, crise de legitimidade das representações políticas, surgem fortes tensões entre os problemas de identidade, autoridade e igualdade. Começam a aparecer sujeitos políticos, que se organizam na busca pela ampliação dos Direitos Humanos, rebatendo o corte perverso entre direitos sociais, econômicos e políticos, como se não fossem todos referentes e necessários à humanidade.

A cidadania global, não apenas caracterizada no plano econômico, mas também em âmbito social, faz reacender lutas em torno de um repensar dos direitos. A Conferência de Viena em 1993 vem como resultado dessa nova organização societária, na busca por uma cidadania global e integral. Algumas questões se colocam: a suposta cidadania global, muito referenciada no momento atual por diversos organismos internacionais, teria sido concretizada? A integração entre nações, também estaria efetivada? O termo globalização tem condições de propiciar uma aproximação das economias, políticas, religiões, credos, etnias entre outros, em âmbito mundial, de maneira a integrar as possíveis diferenças existentes?

Outro problema para a cidadania e para a democracia, na lógica neoliberal, é que, dentro do quadro jurídico-político conhecido até hoje, os Direitos Humanos somente se realizam de maneira indivisível, dentro de territórios nacionais e sob os olhares das instituições vinculadas ao Estado. Desta forma, trata-se de uma cidadania incompleta. Os Direitos Humanos, tão mencionados e difundidos mundialmente, acabam por parecer-se com

um discurso que legitima iniquidades, que se agravam com os efeitos da própria globalização (ALVES, 2000).

Alves (2000), cita que:

É difícil apontar com precisão as causas que influem nesse estado de coisas. Nas discussões sociológicas fala-se da natureza da “nova cidadania”, definida pela capacidade de consumo, sob risco de exclusão; da substituição, nas sociedades pós-modernas, da ética pela “estética”, que eternamente satisfeito porque a produção se encarrega de gerar novas “necessidades”; a descrença generalizada na política como campo de luta social; a falta de comunicação interpessoal na sociedade tecnológica pós-industrial, levando o indivíduo atomizado a buscar identidades imaginárias para compensar a perda de vínculos tradicionais; da falta de utopias seculares com sentido teleológico para a realização de esforços sociais coletivos de maior envergadura (ALVES, 2000, p. 198).

A globalização é, desta forma, um fenômeno que compreende aspectos positivos e negativos. Paralelo às facilidades reais apresentadas, que encantam e seduzem a todos, pode ser apresentada como disseminação das idéias de liberdade e democracia – que ao mesmo tempo, dissemina idéias de ódio e fundamentalismos-, causadas mais pela rapidez das comunicações do que, pela liberdade do mercado. A tecnologia que, de certa forma é libertadora, ocasiona por outro lado, dificuldades adicionais no que se refere ao desemprego, supostamente estruturadas pela mundialização do mercado, como menciona Alves (2000).

Maneiras de responder ao desafio do processo de globalização mundial estão em curso há anos. Algumas destas são pouco concretas, pois se desenvolvem no plano dos valores, outras mais objetivas, e tiveram por consequência, resultados concretos. Os resultados mais visíveis são percebidos através dos esforços intergovernamentais, para a constituição de mercados integrados regionais, como a União Européia, a Nafta e o Mercosul (ALVES, 2000).

1.2 As Conferências Internacionais como ofensivas à redução dos direitos

Mesmo após a assinatura de um dos mais importantes documentos da história, a Declaração dos Direitos Humanos em 1948, tem-se até os dias atuais o desafio frente a sua implementação e efetivação, mesmo assinada há quase seis décadas. Seus objetivos incidiam para o fim das desigualdades e os conflitos entre as nações. O desafio encontra-se em sua efetivação, no sentido de se constituir como um sistema de proteção aos direitos existentes.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, aprovada e assinada pelos países na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, retrata em seu artigo XXII a proteção aos direitos sociais e faz referência à integração, sob forma de cooperação internacional:

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em conjunto com as configurações e perspectivas das estratégias econômicas globais, traz como debate e desafio, o surgimento de novas configurações na busca por sua concretização e efetivação. O desafio maior que se apresenta está em sua efetivação, que prioriza a garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos. Frente às novas regulamentações e propostas do capitalismo mundial, que sugerem e conduzem os ajustes econômicos, políticos e essencialmente sociais esse desafio se intensifica. A Declaração traz a proposta de humanizar as relações entre os países que se

tornam presentes com os ajustes e reformas, apresentadas pelo modelo econômico mundial vigente.

Na proposta da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), o artigo XXV faz referência às condições fundamentais de sobrevivência:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (BRASIL, 2004E).

Segundo Almeida (2004), o período seguinte à Guerra Fria - com término em 1949 - evidência uma nova realidade internacional. Ao mesmo tempo que se apresenta condicionada pela divisão do mundo em blocos, também, caracteriza-se por sua complexidade e pelas novas demandas, decorrentes do desenvolvimento econômico, através do uso intensivo e indiscriminado dos recursos naturais. Emergem os movimentos sociais, que lutam por novos e específicos direitos. Os novos direitos surgem e, aos poucos, vão ampliando o foco dos Direitos Humanos, para atender as especificidades⁸.

São significativos, segundo o mesmo autor, o tratamento aos chamados temas específicos, caracterizados como os novos direitos. Entre os temas específicos encontram-se os direitos da mulher, dos índios, das crianças, dos trabalhadores imigrantes, dos portadores de deficiência, do meio ambiente, da moradia, das minorias em geral entre outros. Nestes casos, as propostas aprovadas incorporaram, no plano internacional, uma série de reivindicações.

⁸ Entre esses novos direitos estão o direito à paz, ao desenvolvimento e à autodeterminação dos povos, a um meio ambiente saudável e ecologicamente equilibrado, à utilização do patrimônio comum da humanidade, da mulher, da criança entre outros (ALMEIDA, 2004).

Essas, se observam a partir da atuação de amplos movimentos civis que conseguiram constituir uma agenda política de debates por fora dos Estados. As novas agendas não podem mais ser ignoradas pelos representantes de governos ou nos fóruns internacionais. O desafio maior, para a sociedade civil, é garantir a elaboração de planos nacionais, constituídos a partir destes acordos já estabelecidos (ALMEIDA, 2004).

Bobbio (1992), aponta que todas as declarações dos direitos do homem recentes compreendem, além dos chamados direitos individuais tradicionais - constituídos por liberdades-, também os direitos sociais - que consistem em poderes. Os direitos individuais exigem obrigações, que implicam a abstenção de determinados comportamentos. Já os direitos sociais, só podem ser realizados se for imposto aos outros - incluídos aqui os órgãos públicos - , certo número de obrigações. Quanto mais se aumentam os poderes dos indivíduos, tanto mais diminuem as liberdades desses mesmos indivíduos.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem representa a manifestação da única prova material, através da qual, um sistema de valores pode ser considerado, essencialmente fundado e reconhecido, prova do consenso geral de grande parte dos países, acerca da sua validade. Desta forma, a Declaração Universal dos Direitos Humanos pode ser considerada como a maior prova histórica até hoje, fruto do *consensus omnium gentium*⁹, sobre um determinado sistema de valores que supostamente seriam globais (BOBBIO, 1992).

Com essa Declaração, pela primeira vez na história, ouve-se falar de um sistema de valores considerado universal de fato, na medida em que o consenso sobre sua validade e sua capacidade, para reger os destinos da comunidade futura de todos os homens, foi explicitamente declarado e aprovado, como reflete Bobbio (1992). E ressalta:

⁹ Grifo do autor. Na tradução do Latim para o português corresponde ao Consenso dos Homens.

Quando digo que os direitos do homem constituem uma categoria heterogênea, refiro-me ao fato de que desde quando passaram a ser considerados como direitos do homem, além dos direitos de liberdade, também os direitos sociais - a categoria em seu conjunto passou a conter direitos entre si incompatíveis, ou seja, direitos cuja proteção não pode ser concedida sem que seja restringida ou suspensa a proteção de outros. Pode-se fantasiar sobre uma sociedade ao mesmo tempo livre e justa, na qual são global e simultaneamente realizados os direitos de liberdade e os direitos sociais, as sociedades reais, que temos diante de nós, são mais livres na medida em que menos justas e mais justas na medida em que menos livres. Esclareço dizendo que chamo de “liberdades” os direitos que são garantidos quando o Estado não intervém; e de “poderes” os direitos que exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação. Liberdades e poderes, com frequência não são complementares, mas incompatíveis (BOBBIO, 1992, p. 43).

A efetivação de uma maior proteção dos direitos do homem, vem a ser vinculada ao desenvolvimento global das relações humanas. Fato este que não pode ser tratado como um fenômeno isolado, tem-se a necessidade de apreendê-lo em seus diversos aspectos, sejam eles políticos, econômicos e sociais sob pena de não compreendê-los ou não garanti-los em sua dimensão real.

No contexto de defesa dos Direitos Humanos, face as mudanças decorrentes dos ajustes econômicos e políticos, o próprio conceito de cidadania inclui as determinações específicas dos Direitos Humanos. Assim, articulam-se a garantia dos direitos e o estabelecimento dos deveres dos cidadãos. A cidadania traz consigo elementos, que estabelecem íntima relação com as propostas e desafios de concretização e efetivação dos Direitos Humanos, que estabelecem uma regulação mútua.

O ideal de construção de uma cidadania internacional, ainda não concretizado, deu-se devido a embates frente a existência de cidadanias vinculadas ao Estados nacionais de forma estanque. Desta forma, o desafio maior que se contempla, trata-se da constituição de uma

integração internacional e regional, em que as barreiras ou dificuldades - sejam elas geográficas, políticas, sociais ou econômicas -, que implicam em flexibilizar as relações de poder de seus governantes, não interfiram na garantia da concretização dos direitos, especificamente aos Direitos Humanos.

Na perspectiva teórica de Alves (2001), a primeira Conferência das Nações Unidas, dedicada ao tema dos Direitos Humanos, foi realizada em 1968 na capital do Irã. Em 1968, o sistema internacional de direitos emergia, a custo da fase de abstenção na promoção dos Direitos Humanos, ainda sem qualquer mecanismo para sua proteção. Tanto na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 1965, como os dois pactos internacionais - sobre os Direitos Civis e Políticos e sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 1966 -, foram instrumentos capazes de alcançar o número de ratificações necessárias à sua entrada em vigor.

No cenário das transformações mundiais, é cada vez mais mencionada a internacionalização dos Direitos Humanos, que passam a ser vistos sob um novo olhar globalizado ou global, a partir de uma nova apreensão que tem a necessidade de integração das economias e mercados mundiais. Portanto, os Direitos Humanos fazem parte de um escasso rol dos direitos universais, que transcendem fronteiras nacionais e vem a desempenhar o papel de única garantia legal de atendimento às necessidades sociais.

Alves (2001), faz menção ao nunca apontado conflito Norte-Sul, como um dos complicadores históricos dos esforços internacionais para a proteção dos Direitos Humanos, assim como, para a proteção do meio ambiente e todos os temas de abrangência global. Dessa forma, as distorções se iniciam pelas atenções exclusivamente dirigidas aos direitos civis e políticos, que se opõem à construção de condições que convergissem à uma melhor fruição dos direitos econômicos e sociais em qualquer parte.

Segundo Alves (2000), desde que foi superado o absolutismo¹⁰ nas nações modernas, os conceitos de soberania e cidadania passaram a vincular-se à idéia de Direitos Humanos. Enquanto os outros elementos, como a localidade, identidade e a história comum, passam a influir na construção da nacionalidade, a noção de cidadania remonta a idéia de Nação como um espaço de realização individual e coletiva, politicamente organizada no Estado soberano, nacional ou plurinacional, como a entidade garantidora dos direitos e do Direito.

Na seqüência aos debates frente a questão dos Direitos Humanos, mais recentemente, a Conferência de Viena ocorrida em 1993, foi importante no sentido de dar resolutividade à algumas dificuldades conceituais que sempre envolveram os Direitos Humanos. Dificuldades no que se refere à sua universalidade, a legitimidade do monitoramento internacional de violações, a inter-relação entre os Direitos Humanos, o desenvolvimento e a democracia, o direito ao desenvolvimento e a interdependência de todos os direitos fundamentais.

A Declaração de Viena, de acordo com suas recomendações, vem a constituir o documento mais abrangente sobre os Direitos Humanos na esfera internacional, apresentando uma característica inédita:

[...] adotada consensualmente por representantes de todos os Estados de um mundo sem colônias, sua validade já não pode ser contestada como fruto do imperialismo (o que era possível dizer-se até então, com alguma lógica, da Declaração Universal de 1948, aprovada pelo voto de 48 países independentes e abstenções, numa época em que a maioria da população extraocidental vivia em colônias do Ocidente, sem representação da ONU) (ALVES, 2000, p. 189).

¹⁰ Absolutismo é um sistema de governo em que o poder é concentrado nas mãos do monarca ou rei, característico dos regimes da maioria dos Estados europeus entre os séculos XVII e XVIII. Os reis controlam a administração do Estado, formam exércitos permanentes, dominam a padronização monetária e fiscal, procuram estabelecer as fronteiras de seus países e intervêm na economia nacional por meio de políticas mercantilistas e coloniais. O processo de extinção do absolutismo na Europa começa na Inglaterra com a Revolução Gloriosa (1688), que passa a limitar a autoridade real com a Declaração de Direitos (Constituição), assinalando a ascensão da burguesia ao controle do Estado. O absolutismo tem sua queda no século XIX (ABSOLUTISMO, 2004).

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena, segundo Alves (2000), contou com a participação de 171 Estados, cerca de 1000 organizações não-governamentais e com um total de mais de 10 mil indivíduos, propiciando um momento decisivo para a disseminação em escala mundial dos Direitos Humanos. A universalização do discurso político dos Direitos Humanos ocasiona a popularização da idéia dos direitos, aspecto não incorporado aos ideais da globalização vigente.

Por ocasião da Conferência de Viena, alguns elementos específicos dos anos 1990 são apresentados e afetam os debates frente aos Direitos Humanos. Dentre estes elementos, estão presentes o agravamento do micronacionalismo, em áreas antes pertencentes a Estados socialistas, o aumento significativo do número de refugiados e de populações deslocadas, além dos fluxos intensificados de pessoas que migram de uma região para outra, movidos pela falta de condições econômicas de sobrevivência nos países de origem (ALVES, 2001).

Alves (2001) menciona, que dos seis objetivos estabelecidos pela Conferência de Viena, dois deles se referiam à avaliação dos progressos e obstáculos, desde a adoção da Declaração Universal e à relação existente entre o desenvolvimento e o desfrute dos Direitos Humanos. Os demais diziam respeito às atividades internacionais de controle, a saber:

- c) examinar meios e modos para aprimorar a implementação das normas e instrumentos existentes de direitos humanos;
- d) avaliar a eficácia dos métodos e mecanismos usados pelas Nações Unidas no campo dos Direitos Humanos;
- e) formular recomendações concretas para aumentar a eficácia dos mecanismos e atividades das nações Unidas por intermédio de programas destinados a promover, encorajar e monitorar o respeito aos Direitos Humanos e liberdades fundamentais;
- f) fazer recomendações com vistas a assegurar os recursos financeiros e de outra ordem necessários às atividades das Nações Unidas na promoção e

proteção dos Direitos Humanos e liberdades fundamentais (DECLARAÇÃO, 1993).

Da Conferência de Viena resultou o documento *A Declaração e Programa de Ação de Viena*, constituído por três partes. Inicialmente, há um preâmbulo, composto de dezessete parágrafos, uma primeira parte com trinta e nove artigos de conteúdo declaratório - que corresponderia, portanto, à Declaração propriamente dita. Uma segunda parte, composta por cem parágrafos ou artigos que apresentam propostas de ações agrupadas por títulos e subtítulos, decorrentes das recomendações do anteprojeto - que corresponderia ao Programa de Ação de Viena, separado da Declaração -, como mencionado por Alves (2001).

Alves (2001) comenta ainda as cinco áreas não-específicas, que apresentam impacto global, em que a Conferência apresentou avanços extraordinários, no sentido superar antigas discussões doutrinárias sobre a matéria. Localizados na Parte I, os avanços incidem sobre cinco questões: a) a universalidade dos Direitos Humanos; b) a legitimidade do sistema internacional de proteção aos Direitos Humanos; c) o direito ao desenvolvimento; d) o direito à autodeterminação; e) e o estabelecimento da inter-relação entre democracia, desenvolvimento e Direitos Humanos. Portanto, com a Declaração e Programa de Ação de Viena pretendeu-se debater e apresentar propostas que fossem ao encontro de alguns temas centrais já mencionados.

A Declaração e Programa de Ação de Viena fala da universalidade dos Direitos Humanos no artigo 5:

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. Embora particularidades nacionais e regionais devam ser levadas em consideração, assim como diversos contextos históricos, culturais

e religiosos, é dever dos Estados promover e proteger todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais (DECLARAÇÃO, 1993).

A proposta de novos mecanismos e outras formas de atuação das Nações Unidas para a proteção aos Direitos Humanos, apresentadas na preparação da Conferência, resolveram as controvérsias sobre a legitimidade da proteção internacional. Assim, as Nações Unidas propõem para a promoção e proteção dos Direitos Humanos no artigo 4º da Declaração, que:

4. A promoção e proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais devem ser consideradas como um objetivo prioritário das Nações Unidas, em conformidade com seus propósitos e princípios, particularmente o propósito da cooperação internacional. No contexto desses propósitos e princípios, a promoção e proteção de todos os direitos humanos constituem uma preocupação legítima da comunidade internacional. Os órgãos e agências especializados relacionados com os direitos humanos devem, portanto, reforçar a coordenação de suas atividades com base na aplicação coerente e objetiva dos instrumentos internacionais de direitos humanos (DECLARAÇÃO, 1993).

Alves (2001), reflete ainda sobre os avanços que foram vistos a partir da Conferência de Viena, e cita entre eles: a) a indivisibilidade dos direitos; b) os Direitos Humanos em situações de conflito armado; c) os Direitos Humanos da mulher; d) grupos e categorias vulneráveis, racismo e xenofobia; e) a atuação das organizações não-governamentais; f) o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e o Tribunal Penal Internacional; g) e a racionalização do sistema de proteção aos direitos.

Segundo o mesmo autor, a vinculação direta entre a democracia e os Direitos Humanos nunca foi explícita em documentos internacionais durante a Guerra Fria. A idéia passou a adquirir força, principalmente no final da década de 1980 e início da década de 1990, e se

disseminaram em todo o mundo a impressão de que se estava sendo vivenciada uma “revolução democrática”, na tradição liberal. Frente a essa visão, as Nações Unidas convocaram a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos para o ano de 1993. Desta forma, a tríade democracia-desenvolvimento-Direitos Humanos passou a constituir, uma espécie atualizada do lema da Revolução Francesa - liberdade, igualdade e fraternidade (ALVES, 2001).

Sendo assim, a Declaração de Viena veio a configurar-se como o primeiro documento internacional que consagra a ligação entre democracia, desenvolvimento e Direitos Humanos, como afirma o artigo 8º, da mesma forma que apóia a participação da comunidade internacional na promoção e no fortalecimento da democracia (DECLARAÇÃO, 1993):

8. A democracia, o desenvolvimento e o respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais são conceitos interdependentes que se reforçam mutuamente. A democracia se baseia na vontade livremente expressa pelo povo de determinar seus próprios sistemas políticos, econômicos, sociais e culturais e em sua plena participação em todos os aspectos de suas vidas. Nesse contexto, a promoção e proteção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, em níveis nacional e internacional, devem ser universais e incondicionais. A comunidade internacional deve apoiar o fortalecimento e a promoção de democracia e o desenvolvimento e respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais no mundo inteiro (DECLARAÇÃO, 1993).

Alves (2001), no que tange a racionalização do sistema de proteção aos Direitos Humanos, indica, como um dos dispositivos mais importantes, o encontrado no parágrafo 3º da Declaração, pelo qual a Conferência solicita às organizações regionais e instituições financeiras e de apoio ao desenvolvimento, que avaliem o impacto de suas políticas e programas sobre os Direitos Humanos. Sabe-se, que os programas e projetos financiados pelo Banco Mundial, pelo Banco Interamericano para o Desenvolvimento e pelo próprio Programa

das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), tendem a concentrar suas preocupações prioritariamente em aspectos desenvolvimentistas e ao equilíbrio financeiro dos países. São ignorados de certa forma, os efeitos decorrentes dos programas no âmbito do respeito e da aplicação dos Direitos Humanos¹¹.

Os efeitos evidenciados a partir das Conferências Mundiais, ocorridas na década de 1990, sobre os temas globais foram de certa forma limitados, havendo consenso nas determinações de todos os documentos, no sentido de que se tratavam de *declarações e programas recomendatórios*.

Alves (2000) ressalta que, não existindo uma cidadania internacional, os Direitos Humanos não têm a força instrumental identificada por Marshall no mundo globalizado de hoje, para a construção de uma cidadania social dentro dos Estados soberanos. E referencia que os Direitos Humanos devem ser utilizados, também, na denúncia do arbítrio das ditaduras, dos excessos praticados por movimento que se proponham chegar ao poder violando os direitos do cidadão comum, bem como de práticas que atentem aos direitos civis que tendem a persistir em regimes democráticos.

¹¹ A partir da Conferência de Viena, o Brasil propôs o estabelecimento de um programa abrangente, no âmbito das Nações Unidas, com o intuito de ajudar os Estados a criar ou fortalecer as estruturas nacionais diretamente sobre a observação dos Direitos Humanos e da manutenção do estado de direito. É no Brasil, que o Centro para os Direitos Humanos é criado no intuito de oferecer, mediante solicitação dos Governos, assistência técnica e financeira a projetos nacionais de reforma de estabelecimentos penais e correcionais, de educação e treinamento de advogados, juízes e forças de segurança em Direitos Humanos e em qualquer outra esfera de atividade relacionada ao bom funcionamento da justiça. No caso brasileiro, o Programa Nacional de Direitos Humanos foi apresentado e lançado em 1996, devido a recomendação anterior. Desta forma, a Conferência de Viena sobre Direitos humanos propiciou a consolidação do processo de aproximação entre o Governo e a sociedade civil em busca de objetivos comuns. O Programa Nacional de Direitos Humanos veio a representar um passo importante para o atendimento das necessidades, na construção de medidas (ALVES, 2001).

CAPÍTULO – II

2. DIREITO À SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO

O presente item aborda a construção do direito à saúde no Brasil, a partir da década de 1980, no decorrer da Reforma Sanitária, que propiciou a formulação de propostas para um novo paradigma e um conceito de saúde mais abrangente.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde foi vinculada aos direitos sociais e veio a compor o tripé da seguridade social, constituindo-se em um dever do Estado a formulação de políticas que propiciem e viabilizem o acesso a saúde, como um direito de todos.

O direito a saúde, a partir de então, ganha uma nova conotação frente à garantia de direito universal que a Carta Constitucional traz, e vem incorporar novas instâncias legais de regulação em busca de sua concretização. Entre estas, estão a Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis nº 8080 e nº 8142, que criam os princípios e diretrizes da política Nacional de Saúde em 1990.

2.1 Direito à Saúde no Brasil a partir da década de 1980

A trajetória do direito a Saúde no Brasil obteve novos rumos na década de 1980, decorrentes dos debates sobre a Reforma Sanitária e a Constituição Federal de 1988, intitulada

Constituição Cidadã, quando ocorre a incorporação da saúde como direito social. O caminho árduo foi trilhado em um cenário de disputas por poder político e econômico, e percorrido por atores que acreditavam na igualdade de direitos e na eficácia das políticas sociais, para que fossem consolidadas.

No início da década de 1980, a assistência sanitária ainda era excludente, e as desigualdades se evidenciavam em grandes proporções. Nesse período, surgiram movimentos reivindicatórios por melhores condições de saúde, assim, a proposta de Reforma Sanitária apontava para a criação de um Sistema Único de Saúde.

Tais reivindicações foram abordadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, cujo resultado central formatou o Projeto da Reforma Sanitária, sob as seguintes características: conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Apesar das restrições governamentais para a atenção integral à saúde, vários foram os movimentos sociais - estudantes, profissionais de saúde, professores, pesquisadores, e trabalhadores organizados a partir de sindicatos, associações de moradores, entre outros - que se mobilizavam para a realização desta Conferência.

O conceito de saúde mais amplo debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, têm a seguinte definição:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ANAIS da 8ª CNS. Relatório final. Brasília, 1987).

As principais propostas do Projeto de Reforma Sanitária foram: a) a criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público; b) a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde; c) a participação e controle da população na regionalização dos serviços – controle social; d) e a readequação financeira do setor saúde.

Após constantes discussões e impasses, a Constituição Federal de 1988 vem enunciar e positivar a saúde como direito de todos e um dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas, com vistas à redução dos riscos de doenças e outros agravos. Anuncia ainda, que o acesso às ações e serviços tornam-se universais e igualitários à todos os indivíduos, no tocante à promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme a Constituição Federal (1988). O Estado passa a desempenhar papel central na formulação de ações e políticas sociais, em resposta às freqüentes demandas da população.

A saúde, na Constituição Federal (CF) de 1988, é mencionada como um direito social, mais expressamente no artigo 6, e aponta também como direitos sociais além da saúde, a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados. Desta forma, e mais evidente, a presente Carta Constitucional prevê a garantia do direito à saúde, em seus artigos 196 ao 200, em que foram incorporados conceitos, princípios e uma nova lógica de organização em saúde.

No que tange a Ordem Social, compôs o tripé da Seguridade Social, destinada a assegurar os direitos relacionados à saúde, a previdência e a assistência social. Todavia, a Constituição Federal de 1988 especifica:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação,

fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 2001A).

As leis complementares que regulamentam a saúde, a partir dos princípios constitucionais, foram aprovadas em 1990. São as leis nº 8080 e nº 8142 ambas de 1990, denominadas de Lei Orgânica da Saúde, que dispõem sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o SUS orienta-se por princípios de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementariedade do setor privado.

O SUS tem por princípios doutrinários: *a universalidade* – todos os indivíduos tem direito ao atendimento sem distinção de raça, cor, religião, renda, entre outros; *a equidade* – todo cidadão é igual perante o SUS e terá atendimento conforme suas necessidades, a fim de atender e tratar desigualmente os desiguais; *a integralidade* – os serviços de saúde devem atender o indivíduo como um ser humano integral, que está constantemente submetido as diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser compreendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida (ALMEIDA; WESTPHAL, 2001).

Dentre os princípios norteadores do SUS, a descentralização passa a ser entendida como a redistribuição das responsabilidades por ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Compreende-se que, quanto mais próximos dos fatos ou das demandas as decisões forem tomadas, maiores são as chances das ações serem concretizadas com sucesso. As políticas de saúde, a partir de então, tornam-se responsabilidade das três esferas de governo

- municipal, estadual e federal – e que vão interagir entre si para um fim comum, a saúde da população. Nesse sentido, há um reforço do poder municipal - municipalização - aos municípios, em que são delegadas a quase total responsabilidade na gestão e implementação das ações e serviços em saúde.

De certa forma, a descentralização tornou estados e municípios mais autônomos politicamente, essencialmente, quanto à utilização e otimização dos recursos destinados à política de saúde. Na saúde, tem-se a descentralização como caráter positivo, assim, ao lado da universalização e da participação popular, constituem elementos essenciais às reformas no setor. Deste modo, a descentralização é apontada como meio de reduzir as desigualdades sociais e promover a equidade nos serviços de saúde (SOUZA, 2001).

Conforme Fonseca (2004), com a Constituição Federal de 1988, foi consagrado o princípio de descentralização das políticas públicas. Estados e, sobretudo os municípios assumiram, progressivamente, a responsabilidade pela implementação e gestão de políticas nas mais variadas áreas, entre elas a de desenvolvimento das políticas.

Para Nogueira (2002A), a Constituição Federal de 1988 propôs um novo reordenamento ao setor saúde, ao propiciar um desenho particular em aspectos ético - políticos fundamentais. Universalizou-se o direito a saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços, sem quais quer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com ampliação da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado.

O direito à saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988, ultrapassa a concepção liberal, e aponta a satisfação das necessidades de saúde, como um direito independente de

contribuição ou quais quer requisitos prévios, e também não esta submetida a constrangimentos limitativos de quais quer ordens (NOGUEIRA, 2002A).

De acordo com o art. 198 da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado a partir das seguintes diretrizes:

- I – Descentralização como direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade (BRASIL, 2001A).

Quanto à organização, o SUS define alguns princípios. Conforme o capítulo III, que trata da organização, da direção e da gestão: a) *Regionalização* - compreendida como a distribuição dos serviços de forma a atender às necessidades por região, em níveis de complexidade crescente; b) *Resolutividade* - refere-se à exigência de que, quando o indivíduo buscar o atendimento, os serviços estejam capacitados para resolvê-lo no nível de complexidade necessário; c) *Descentralização* - envolve a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os níveis de governo: União, Estados e Municípios; d) *Controle Social* - garantia constitucional, para que a população, através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo, a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde; e) *Complementaridade do Setor Privado* - de acordo com o Art. 199, inciso 1º, “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, seguindo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos”(BRASIL, 1990A).

Ainda, no que compete aos princípios e diretrizes, o art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (1990A) especifica as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal (art. 198), obedecendo aos princípios: de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia dos indivíduos na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto a potencialidade dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Ao que tange à descentralização, o inciso IX da presente Lei, dispõe sobre a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e para a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Reconhece-se que, a institucionalização da participação social em saúde no Brasil ocorreu no contexto da reforma democrática, o que determinou a construção dos espaços, aos

quais tal ocorreria. A idéia de participação materializou-se com a instituição dos Conselhos e Conferências, instâncias colegiadas, formadas pelos diversos segmentos sociais que buscavam implementar políticas mais consensuais às necessidades do conjunto social e não apenas dos interesses dos setores privilegiados (SOUSA, 2003).

A discussão acerca da descentralização e da municipalização consiste, fundamentalmente, em colocar o governo mais próximo do cidadão, com vistas a torná-lo mais eficiente e mais democrático. Outro ponto singular, refere-se a descentralização como aquela que contempla uma redistribuição de competências nas três esferas federadas, bem como, no interior de cada uma delas. Contudo, o forte desafio trata-se de compreendê-la como reforma do modelo assistencial, como nova concepção de saúde, efetivada através de mudanças relacionadas às diferentes matrizes: administrativa, cultural e político-operacional, dentre outras (SOUSA, 2003).

A discussão do direito à saúde, mencionado na Carta Constitucional brasileira, traz para o debate a compreensão desse direito. Todavia, esse subsídio legal, em nenhum momento de seus itens aponta a garantia efetiva dos direitos para a região da fronteira, assim como, para as pessoas que venham a necessitar dos serviços públicos de saúde. Desta forma, em nenhuma das legislações faz-se menção ao direito à saúde para estrangeiros que necessitem desse atendimento.

2.2 A política de Saúde e a responsabilidade municipal

A saúde tem sua conceituação como direito social na Carta Constitucional de 1988, e assim, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e

hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema compreende as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral priorizando atividades preventivas e participação da comunidade.

Após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde institui as Normas Operacionais Básicas (NOBs), para detalhar e organizar gerencialmente as propostas contidas na legislação anterior. As Normas Operacionais Básicas, consistem em instrumentos de regulação do Sistema Único de Saúde, incluindo as orientações do sistema propriamente ditas, explicitando e conferindo consequência prática aos princípios e diretrizes do sistema. As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, voltam-se, direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do Sistema Único de Saúde.

A municipalização, que segue a referencia da legislação do Sistema Único de Saúde – SUS e em especial a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) de 1996, conceitua:

[...] municipalizar significa dar ao município a responsabilidade de definir e gerir ações e serviços de saúde e a possibilidade de controle da sociedade sobre a responsabilidade dos gestores (Prefeito e Secretário Municipal de Saúde) e a efetiva participação social na formulação de estratégias e ações locais de saúde (Brasil, 1997).

A NOB de 1996 decorre, sobretudo, da experiência apresentada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 -, que possibilitaram o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS, para a saúde de todos os brasileiros. Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB de 1996, além de incluir as orientações operacionais essenciais, explicita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema. Princípios estes, consolidados também na Constituição

Federal e nas Leis nº 8.080 de 1990 e Lei nº 8.142 de 1990, que favorecem, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil.

A Norma Operacional Básica de 1996 tem a finalidade de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal). E remete-se, à conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, para avançar na consolidação dos princípios do SUS.

Segundo a NOB de 1996, os sistemas municipais de saúde apresentam diferentes tipos de gestão, e torna-se comum, que estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários, encaminhados por outro município. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações, para tanto, devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais. Assim, o gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados), situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria, de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, deve recorrer ao gestor estadual.

Segundo Silva (2001), a descentralização das políticas sociais, dentre elas a política de saúde, neste contexto político, frente aos ajustes das contas públicas tem ocupado posição principal na agenda governamental, constituindo uma outra racionalidade que é impulsionada por valores e interesses relacionados às políticas de ajuste e de reformas do Estado.

Neste contexto, a NOB 1996 aponta que há implicação em aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país, e a própria organização do Sistema, visto que, o município passa a

ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Sistema de Saúde Municipal segundo a NOB - 1996 se dá da seguinte forma:

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS - Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1997).

Com a NOB 1996, a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitou o desempenho de um papel central aos municípios, no atendimento à saúde de todos os residentes em seu território. A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, que caracterizam diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

A partir da NOB 1996, foram preconizadas duas formas de gestão dos municípios. Desta forma, os municípios poderiam se habilitar em duas condições de gestão: a Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) ou a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). A habilitação dava-se, de acordo com a capacidade de cada município em assumir e cumprir as responsabilidades diante da demanda da população, ao Estado e à União.

Na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), o município recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar ações e serviços básicos, caracterizados como: clínica médica, pediátrica, ginecológica e cirurgia geral; serviços de vigilância sanitária e

ações de epidemiologia e controle de doenças; gerenciar as unidades básicas de saúde de seu município e recebe recursos por habitante/ano (SANTA CATARINA, 2002A).

No que tange a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o município recebe, de forma automática os recursos financeiros para prestação de ações e serviços, no que compete a assistência ambulatorial e hospitalar. Este tipo de gestão envolve o planejamento, o controle e a avaliação, assim como, o gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares (públicas ou privadas) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SANTA CATARINA, 2002A).

Na perspectiva de concretização do SUS, com a implantação das NOBs - SUS, que objetivavam promover a integração das ações voltadas à saúde nas três esferas de governo, desencadeou-se um intenso processo de descentralização. Fato que ocasionou, a transferência de um conjunto de responsabilidades e recursos, para a operacionalização do SUS, aos Estados e, principalmente, aos municípios. Portanto, para desencadear o avanço do processo de descentralização, foi aprovada pelo Ministério da Saúde (MS), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS - SUS) de 2001¹², substituída em seguida pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS) de 2002 (SANTA CATARINA, 2002A).

A NOAS - SUS de 2002 almejava atualizar as condições de gestão, estabelecidas na NOB-SUS 1996, no intuito de ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Desta forma, define-se o processo de regionalização da assistência, com a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, como também, com a

¹² Segundo a NOAS de 2001, em 2000 a habilitação, nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 1996, atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais com êxito, e a formação de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

realização da atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios (SANTA CATARINA, 2002A).

Com a NOAS-SUS de 2002, pretendeu-se dar um novo passo para aprofundar o processo de descentralização com equidade no acesso às ações de saúde. Suas principais estratégias centram-se na regionalização, no fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e na revisão dos critérios de habilitação (SANTA CATARINA, 2002A).

A partir da NOAS-SUS 2002 os municípios podem habilitar-se em duas modalidades de gestão, de acordo com a capacidade dos municípios de assumirem e cumprirem as responsabilidades perante sua população, o Estado e o Ministério da Saúde. A primeira modalidade consiste na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), pela qual o município recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços básicos de saúde, a citar: serviços básicos de clínica médica, pediátrica, ginecologia e cirurgia geral; serviços de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças; bem como, gerencia as unidades básicas de saúde e recebe recursos financeiros por habitante/ano. Enquanto isso, na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), os recursos financeiros são repassados aos municípios, de forma automática, para a prestação de ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar. A GPSM envolve, ainda, o planejamento, o controle e a avaliação, assim como o gerenciamento das unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares (públicas ou privadas) vinculadas ao SUS.

Retomando ainda a NOAS 2001, considera-se, a partir desta, que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade abrange, a atenção básica como parte essencial de um conjunto de ações necessárias ao atendimento dos problemas de saúde da população. Desta forma, torna-se indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde. Igualmente orientam a reorganização do sistema.

Reconhece, o mesmo documento, que agregado a este cenário, dá-se a complexidade da estrutura político-administrativa, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo tornam-se autônomos, e sem vinculação hierárquica. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos. Portanto, será sempre mera casualidade, que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município, correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços, com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que está se localize dentro de um Estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais (BRASIL, 2001B).

A partir da NOAS 2001, aos Estados da federação, foram atribuídas importantes funções na organização das redes articuladas e resolutivas de serviços. Estas funções deram-se, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada: com a implantação de centrais de regulação; com o fortalecimento do controle e avaliação das ações e serviços desenvolvidos; como também, a partir da organização de consórcios intermunicipais ou através da formulação e implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A NOAS 2001 estabelece, a regionalização, em seu capítulo I que pretende:

- 1 - Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
 - 1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001B).

Para atender a exigência estabelecida pela Norma, coube também aos Estados, a função de elaboração do Plano Diretor da Regionalização, junto as Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com o respectivo Plano Estadual de Saúde. O plano tem por finalidade ser um instrumento ordenador do processo de regionalização da assistência, específico em cada estado. Portanto, baseia-se na definição das prioridades de intervenção e das necessidades de saúde da população usuária, assim como, a garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Com este propósito, a regionalização passa a atender ao princípio da equidade estabelecido pela Lei nº 8080 de 1990.

Segundo a NOAS 2001, o Plano Diretor de Regionalização, ao especificar sua função, deverá garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços mínimos em saúde. Essas ações e serviços compreendem: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento, desde o crescimento até o desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; o atendimento de doenças agudas, que ocorrem com maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico, em casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns; e o suprimento dos medicamentos da Farmácia Básica. Ainda, o Plano Diretor de Regionalização, deve garantir o acesso de todos os cidadãos, aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. Este fato dar-se-á, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL, 2002).

O Plano vem definir, ainda, os conceitos-chaves para a organização da assistência à saúde no âmbito Estadual. Este deve compreender a *Região de Saúde*, ou seja, a base territorial de planejamento da atenção à saúde, que não necessita coincidir com a divisão administrativa do Estado. A Região de Saúde, definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, tem em vista, atender as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Portanto, dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode ser dividido em regiões e ou microrregiões de saúde - a menor base territorial de planejamento regionalizado. Uma região ou microrregião de saúde, pode ainda, compreender um ou mais módulos assistenciais¹³.

O Plano Diretor de Regionalização, assim, desempenha um importante papel, pois, vem a ser compreendido como estratégia de ampliação do acesso aos serviços de saúde e da qualidade da atenção básica.

As ações e serviços em saúde devem ser assumidas, por todos os municípios dos Estados brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico e suas especificidades, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção

¹³ O Módulo Assistencial caracteriza-se por ser um módulo territorial, com resolubilidade que corresponde ao primeiro nível de referência (procedimentos de média complexidade). Constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima, a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, apresenta as seguintes características: conjunto de municípios, entre os quais há o município-sede e o município-pólo. O primeiro, município-sede, é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), com competência e capacidade de ofertar a totalidade dos serviços estabelecidos a partir da NOAS, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços, compreendidos na NOAS, para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios. O *Município-sede*, do módulo assistencial, é o município que dispõe e apresente capacidade para oferecer a totalidade dos serviços de que dispõe o Item 7 - Capítulo I da NOAS 2001, que correspondem ao primeiro nível de referência intermunicipal (procedimentos de média complexidade), com capacidade de ofertar serviços para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. O *Município-pólo* é o município, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, que desempenhe papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

Básica¹⁴, instituído pela Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. A Portaria, antes referida, aprova o manual para organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde.

¹⁴ O Piso de Atenção Básica (PAB) é o montante de recursos financeiros, destinados ao custeio de procedimentos e ações de Atenção Básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Compreende as ações executadas por profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde de nível médio, ações médicas básicas, ações básica de odontologia, ações executadas por outros profissionais de nível superior e procedimentos básicos em vigilância sanitária (SANTA CATARINA, 2002A).

CAPÍTULO – III

3. MERCOSUL, DIREITOS SOCIAIS E INTEGRAÇÃO

A estratégia da economia neoliberal determina o surgimento e a criação de blocos econômicos, no intuito de consolidar a ampliação e o desenvolvimento dos mercados financeiros. Em contrapartida, essa estratégia propõe a redução dos gastos e a intervenção por parte dos organismos governamentais, neste segmento. Como aponta Marchi (2000), em meio a essa nova ordem econômica internacional, a globalização e a regionalização são fatores de extrema relevância na constituição dos Blocos econômicos. A exemplo, de constituição de Blocos econômicos, podemos citar: a Comunidade Econômica Européia (CEE), chamada nos dias atuais de União Européia; a Associação de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA), composto por Estados Unidos da América, Canadá e México; e na América do Sul se apresenta o Mercado Comum do Sul - Mercosul.

A constituição desses Blocos dá-se a partir da associação de países, geralmente de uma mesma região geográfica, que estabelecem relações econômicas entre si. São caracterizados como zonas de livre comércio, união aduaneira, mercado comum e união econômica monetária (MARCHI, 2000). A regionalização, ou a formação de Blocos econômicos, deve ser encarada na perspectiva de constituir-se como forma de preservação dos interesses nacionais, por meio da integração, frente a globalização econômica atual.

No caso da América do Sul, o Mercosul foi criado em 26 de março de 1991, através do Tratado de Assunção, assinado pelos Estados-Partes¹⁵, a citar: a República da Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República do Uruguai. A partir deste tratado, e de outros acordos firmados sequencialmente entre os países membros, tornou-se possível a constante e mútua cooperação em diversos aspectos. Entre eles destaca-se a integração econômica e do mercado. Embora, nos dias atuais a cooperação esteja centrada prioritariamente no aspecto econômico, passa a surgir frente a esses acordos, possibilidades e perspectivas de que os olhares dos representantes voltem-se para o desenvolvimento social da região, raramente mencionado.

O Tratado de Assunção tem como princípio a integração regional dos países membros, com o intuito de desenvolvimento regional. Desta forma, surgem debates em torno da suposta integração entre os países, no sentido de não concentrar-se apenas em âmbito econômico, mas também, em um conjunto de políticas e ações voltadas para as áreas sociais.

Pereira (2000), aponta que os propósitos e princípios norteadores do Mercosul limitam-se a enfatizar apenas o desenvolvimento econômico, sem sequer mencionar uma política social para a região. O Tratado, que conta com 24 artigos, não cogita em nenhum de seus parágrafos as questões sociais, principalmente, no que se refere à livre circulação dos trabalhadores migrantes e à não-discriminação, de toda e qual quer forma. Para o autor, a falta de uma política econômica e social equilibrada, poderá transformar os países membros do Mercosul em um aglomerado de cidadãos, unidos apenas pelo laço da miséria, da desesperança e da marginalização social e política (PEREIRA, 2000).

¹⁵ Países que assinaram o Tratado de Assunção em 26/03/1991. Nos dias atuais também são participantes Bolívia e Chile, sob designação de membros associados, a partir da Declaração de Fortalecimento dos Regimes Democráticos no Mercosul, Bolívia e Chile em 1998 (BRASIL, 2004H).

Com a criação do Mercosul¹⁶ em 1991, estabeleceu-se um novo marco referencial para o desenvolvimento econômico regional. Todavia, foram realizados inicialmente acordos bilaterais, entre eles o Acordo Tripartite firmado entre Argentina, Brasil e Paraguai sobre Itaipu e a utilização das águas do Rio Paraná, com o intuito de consolidar ainda mais as relações. O Acordo Tripartite resultou na abertura de novas perspectivas para as relações entre os países que o assinaram.

A recente evolução no relacionamento entre os países que participam do Mercosul, vem apresentando resultados visíveis e imediatos. Isso se reflete na intensificação dos investimentos diretos e do comércio bilateral, sobretudo, no significativo avanço dos cálculos comerciais, ao longo da última década. A aliança entre Brasil e Argentina, de certa forma, vai além da esfera puramente econômica. Conforme informações do Ministério das Relações Exteriores (2003C), o processo de integração nessa região tem caráter estratégico, com resultados e objetivos a serem alcançados a médio e longo prazo, na inserção internacional de ambos países.

Esse novo marco no relacionamento entre os países, reflete-se nos encontros presidenciais ocorridos em ambos os países, assim como, através das agendas de diálogo entre as mais variadas instituições representativas dos mesmos. O amadurecimento nas relações entre os países tem intensificado, na última década, o número de contatos entre as autoridades

¹⁶ O Mercosul conta em sua estrutura organizacional com o Conselho do Mercado Comum, que é responsável por sua condução política, e pelo Grupo Mercado Comum, órgão executivo do Mercosul. Assim, o Tratado de Assunção passa a determinar que o Grupo Mercado Comum deve ser constituído por subgrupos de trabalho a citar: *Subgrupo 1*: Comunicações; *Subgrupo 2*: Aspectos Institucionais; *Subgrupo 3*: Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade; *Subgrupo 4*: Assuntos Financeiros; *Subgrupo 5*: Transportes; *Subgrupo 6*: Meio Ambiente; *Subgrupo 7*: Indústria; *Subgrupo 8*: Agricultura; *Subgrupo 9*: Energia e Mineração; *Subgrupo 10*: Assuntos Trabalhistas, Emprego e Segurança Social; *Subgrupo 11*: Saúde; *Subgrupo 12*: Investimentos; *Subgrupo 13*: Comércio Eletrônico; e *Subgrupo 14*: Acomp. Da Conjuntura Econômica e Comercial.

técnicas e políticas. Desta forma, passaram a facilitar o desenvolvimento de projetos conjuntos já estruturados e os ainda em planejamento (BRASIL, 2003B).

Os mais recentes encontros dos presidentes da Argentina e Brasil trouxeram novas expectativas quanto a integração regional no Mercosul. De fato, foi insistida pelos mesmos, a natureza política do Mercosul, que vem no sentido de regular sua gestão com ações concretas para o fortalecimento do processo de integração. E, afirmam que as adversidades naturais do processo de integração podem servir de estímulo, para que o Brasil e os demais Estados Partes dêem continuidade ao projeto de fortalecimento do Mercosul (BRASIL, 2003B).

Destes encontros presidenciais foi proposto o programa "Objetivo 2006", que visa a garantia da consolidação da União Aduaneira até 2006, com subsídios que busquem o caminho para o Mercado Comum. O programa foi aprimorado em Reunião Extraordinária do Conselho do Mercosul, em outubro de 2003, e resultou em um "Programa de Trabalho 2004-2006". O programa é composto por quatro vertentes: o Programa Político, Social e Cultural; o Programa da União Aduaneira; o Programa de Bases para o Mercado Comum; o Programa da Nova Integração e Decisões sobre Tratamento de Assimetrias (BRASIL, 2003B).

O presidente brasileiro, no intuito de aprofundar a discussão sobre a integração com os demais países membros do Mercosul, tem apontado em seu governo a prioridade da construção de uma América do Sul politicamente estável, próspera e unida, fundamentado em ideais democráticos e de justiça social. No entanto, menciona também, a essencial ação de revitalização do Mercosul, enfraquecido pelas crises que ocorreram em cada um dos países membros, e por apreensões estreitas e egoístas do que significa a integração. Destaca, ainda, que tanto o Mercosul, quanto a integração dos países da América do Sul são apontados por ele como um projeto político (BRASIL, 2003B).

Segundo o Ministério das Relações Exteriores (2003B), para a obtenção de tratamento equivalente aos cidadãos brasileiros e argentinos, os governos Brasileiro e Argentino têm negociado a harmonização de facilidades migratórias e comerciais. De fato, estas são medidas necessárias para atender a uma parcela significativa dos habitantes dessa região, distribuídos sobre três estados brasileiros¹⁷ e duas províncias argentinas¹⁸.

Nogueira (2001) menciona que, se em âmbito nacional a Seguridade Social já apresenta características e desafios próprios, no contexto do Mercosul essas dificuldades apresentam-se duplicadas. Isso se dá pelo fato de que, as normas de proteção social no Mercosul só foram firmadas em 1996, e não foram além da garantia de direitos essenciais dos trabalhadores, já determinados em Declarações da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

As principais normas reguladoras, estabelecidas no âmbito dos direitos sociais e trabalhistas no Mercosul, foram as seguintes: o Acordo Multilateral de Seguridade Social no Mercado Comum do Sul em 1996; o Regulamento Administrativo para Aplicação do Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul em 1996; a Declaração Sócio-Laboral do Mercosul, assinada em 10 de dezembro de 1998; o Regulamento interno da Comissão Sócio-Laboral, de 10 de março de 2000 (NOGUEIRA, 2001). Segundo Nogueira (2001), no Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul, a concepção de Seguridade Social ainda limita-se, assim, a incluir apenas a proteção à saúde, à reabilitação profissional e a aposentadoria para os trabalhadores do setor formal da economia. Portanto, dispõe

¹⁷ A República da Argentina faz fronteira com os estados Brasileiros do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

¹⁸ As províncias argentinas são Misiones e Corrientes.

unicamente sobre as prestações de saúde, no sentido de prevenir, conservar, restabelecer a saúde ou reabilitar profissionalmente o trabalhador, nos termos das legislações nacionais.

A Declaração Sócio-Laboral do Mercosul, elaborada em 1998, ultrapassa o Acordo Multilateral de Seguridade Social na medida que garante alguns dos direitos individuais e coletivos, que extrapolam a proteção trabalhista, mesmo que faça menção somente ao trabalhador e sua família.

3.1 Integração Regional entre Brasil e Argentina – aspectos legais

A integração entre Brasil e Argentina, como aponta MARCHI (2000), ocorreu anteriormente ao Mercosul, impulsionada por três fatores: a superação das divergências geopolíticas bilaterais, a substituição dos governos ditatoriais e a crise do sistema econômico internacional.

Apresenta-se como antecedente da integração entre Brasil e Argentina a criação, ainda em 1961, do Sistema Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul - Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul (CODESUL-BRDE), através do convênio firmado entre os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná¹⁹. O convênio foi um marco na busca por desenvolver o processo de cooperação na fronteira brasileira.

O CODESUL surge com o objetivo de buscar alternativas para os desequilíbrios regionais. Constitui-se num foro privilegiado de coordenação e potencialização em torno de

¹⁹ Em 1992 passou a integrar o Conselho o estado do Mato Grosso do Sul.

questões comuns aos estados-membros, em especial aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social e à integração ao Mercosul²⁰.

Outro marco histórico, que propiciou mais tarde a integração entre Argentina e Brasil deu-se com a criação da Comissão Regional de Comércio Exterior do Nordeste Argentino (CRECENEA). Isso ocorreu a partir da reunião dos governadores das províncias argentinas de *Chaco, Corrientes, Formosa, Entre Ríos, Santa Fe e Misiones*, na cidade de *Corrientes*, que resultou na *Declaración de Corrientes* em 1984, que firmou o início de ações conjuntas tendo em vista o comércio exterior da região Nordeste Argentino.

Essa comissão estabelecia as seguintes metas: propor e difundir os objetivos de políticas comuns da região, orientadas aos mercados internacionais; promover a integração regional dos setores públicos e privados da área e a utilização de mecanismos locais para a exportação e importação; e participar da análise das decisões, que em matéria de intercâmbio internacional adotem os organismos nacionais, quando influenciarem sobre os objetivos definidos para a região, segundo informações da Secretaria de Articulação Internacional de Santa Catarina²¹.

O Protocolo Regional Fronteiriço nº 23, firmado entre Argentina e Brasil, em 1988, considerava como principal objetivo do Programa de Integração e Cooperação Econômica, a intenção de estabelecer vínculos de amizade e cooperação para o desenvolvimento e a integração, consolidados como vontade de desenvolvimento conjunto entre os dois países. O protocolo assinala o eixo da fronteira, entre ambos países, como uma área onde se integram forças sociais e econômicas, e que estas forças, coordenadas adequadamente, podem otimizar

²⁰ Informações obtidas através de slides apresentados pela Secretaria de Articulação Internacional de Santa Catarina em 2004.

²¹ Idem.

a utilização dos recursos e favorecer o desenvolvimento dos dois países. A integração entre a CRECENEA, da Argentina, e dos estados que compõem o CODESUL do Brasil, foi protagonista no sentido de levar a diante a efetiva integração entre os países.

Esse protocolo objetiva ainda, a criação de um Grupo de Trabalho Permanente, no âmbito da Comissão de Execução do Programa de Integração e Cooperação Econômica²². Ao Grupo de Trabalho foram atribuídas funções ao que tange a identificação de ações que visem o desenvolvimento dos países membros. O Grupo de Trabalho Permanente busca, através de suas atribuições: a elaboração de projetos capazes de promover, aprofundar e diversificar as relações econômicas e comerciais entre as regiões mencionadas; identificar medidas para a criação de condições que facilitem o aproveitamento eficiente dos serviços públicos prestados na região de fronteira; estudar a viabilidade técnica e econômica para a ampliação dos vínculos físicos, fluviais, terrestres e aéreos entre as regiões de fronteira dos países, bem como, dos sistemas de telecomunicações e de complementação energética; procura promover maior participação do empresariado privado da região, a fim de que os agentes econômicos atuem dentro do espírito de integração expresso no protocolo (SANTA CATARINA, 1988).

A criação dos Comitês de Fronteiras, como uma das propostas do Protocolo, dá-se inicialmente nas cidades de Porto Iguaçu - Foz de Iguaçu e Passo dos Livres - Uruguai, com vistas à integração e o desenvolvimento da região. Esses comitês desempenham funções de proposição de soluções para os problemas operativos na região de fronteira. Isso ocorre através da coordenação de ações que venham facilitar a circulação de pessoas, mercadorias e veículos, e promovam o desenvolvimento econômico, comercial, cultural, educativo, turístico, científico e esportivo.

²² Constituído pelo Ministério das Relações Exteriores da Argentina e das províncias que integram a CRECENEA e do Ministério das Relações Exteriores do Brasil e os Estados que compõem o CODESUL.

A relação institucional entre os dois países, teve por marco referencial o Protocolo nº 23, firmado entre Argentina e Brasil, que contou com a participação dos Estados membros do CODESUL e das Províncias Argentinas integrantes do CRECENEA. Deste modo, essa relação se estabelecia no intuito de promover o desenvolvimento, de forma integrada, e a melhoria da qualidade de vida das populações, sobretudo das áreas fronteiriças. São apresentadas como áreas de atuação conjunta a segurança, a educação, a infra-estrutura, as associações profissionais, as ciências e tecnologia, o meio ambiente, os aspectos institucionais, a saúde, a cultura, a cooperação técnica, o turismo e a agricultura²³.

Com a criação do Mercosul, Argentina e Brasil passaram a estabelecer certa forma de integração, seguindo as ordenações estabelecidas pelas transformações econômicas internacionais. Foram criados programas de cooperação, que inicialmente se deram apenas em âmbito econômico, com vistas ao desenvolvimento regional, como anteriormente apontado.

Para atender as necessidades impostas por tais transformações, em 1992 foi criado o Ministério da Integração Regional (MIR) pelo governo brasileiro. A ele, foram vinculados também o Conselho Deliberativo do Fundo Constitucional de Financiamento do Centro-Oeste, a Secretaria de Relações com Municípios, Estados e Distrito Federal, a Secretaria de Desenvolvimento Regional, a Secretaria de Desenvolvimento Urbano, a Secretaria de Irrigação, a Secretaria de Áreas Metropolitanas, a Secretaria de Desenvolvimento do Centro-Oeste e a Secretaria de Desenvolvimento da Região Sul.

Ao Ministério da Integração Regional (MIR) foram atribuídas as seguintes competências:

²³ *Idem.*

a) a formulação e condução da política de desenvolvimento nacional integrada; b) formulação dos planos e programas regionais de desenvolvimento; c) o estabelecimento de estratégias de integração das economias regionais; d) estabelecimento das diretrizes e prioridades na aplicação dos recursos dos programas de financiamento de que trata a alínea "c" do inciso I do art. 159 da Constituição Federal; e) estabelecimento das diretrizes e prioridades na aplicação dos recursos do Fundo de Desenvolvimento da Amazônia e do Fundo de Desenvolvimento do Nordeste; f) estabelecimento de normas para cumprimento dos programas de financiamento dos fundos constitucionais e das programações orçamentárias dos fundos de investimentos regionais; g) acompanhamento e avaliação dos programas integrados de desenvolvimento nacional; h) defesa civil; i) obras contra as secas e de infra-estrutura hídrica; j) formulação e condução da política nacional de irrigação; k) ordenação territorial; l) obras públicas em faixas de fronteiras (BRASIL, 2004D).

O Ministério da Integração Nacional (MIN) somente é criado em julho de 1999, sendo a ele vinculados: o Departamento Nacional de Obras Contra as Secas, a Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba (Codevasf) e as Superintendências do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e do Desenvolvimento da Amazônia (Sudam).

O Ministério teve a estrutura regimental aprovada em de março de 2003, que estabeleceu as seguintes competências:

Formulação e condução da política de desenvolvimento nacional integrada; formulação dos planos e programas regionais de desenvolvimento; estabelecimento de estratégias de integração das economias regionais; estabelecimento das diretrizes e prioridades na aplicação dos recursos dos programas de financiamento de que trata a alínea "c" do inciso I do art. 159 da Constituição Federal; estabelecimento das diretrizes e prioridades na aplicação dos recursos do Fundo de Desenvolvimento da Amazônia e do Fundo de Desenvolvimento do Nordeste; estabelecimento de normas para cumprimento dos programas de financiamento dos fundos constitucionais e das programações orçamentárias dos fundos de investimentos regionais; acompanhamento e avaliação dos programas integrados de desenvolvimento nacional; defesa civil; obras contra as secas e de infra-estrutura hídrica; formulação e condução da política nacional de irrigação; ordenação territorial; e obras públicas em faixas de fronteiras (BRASIL, 2004D).

Na busca por maior integração entre os países membros do Mercosul, foi criado o *Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira*, através do Ministério da Integração Nacional (2004A) do Governo Federal brasileiro. O programa tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento social da faixa de 150 quilômetros de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre brasileira. Busca ainda, sua ocupação e utilização, assim como criar condições para que a população que vive nesta área não seja obrigada a buscar melhores condições de vida nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2004A).

Segundo o Ministério (2004A), para tanto, foram investidos recursos em melhorias de saneamento, urbanização, educação, saúde, assistência social, tendo como público alvo a população que reside nesta faixa de fronteira. As ações desenvolvidas caracterizam-se, através de estudos dos problemas e demandas da região da faixa de fronteira e obras civis nos municípios da faixa da fronteira. Sabendo-se que é um programa recente, os resultados ainda não estão disponíveis.

O *Programa de Gestão da Política de Integração Nacional*, também do Ministério, tem por objetivo apoiar o planejamento, a avaliação e o controle dos programas da área de integração nacional. As ações desenvolvidas pelo programa se dão a partir da capacitação de recursos humanos para o planejamento e gestão do desenvolvimento regional, em estudos para o planejamento e gestão do desenvolvimento regional na condução de projetos de desenvolvimento sustentável local integrado (BRASIL, 2004A).

Ao *Departamento de Programas das Regiões Sul e Sudeste* compete, em sua área de abrangência: estimular a participação e a capacidade de organização social, como fatores de desenvolvimento regional, pela mobilização e articulação de instituições e atores da sociedade civil local; incentivar o fortalecimento da base sócio-econômica e regional, através da diversificação da base produtiva de geração de emprego e renda, do adensamento de cadeias

produtivas e manejo sustentável dos recursos naturais; implementar outros programas, projetos e ações da Secretaria em âmbito local, micro ou mesorregional em áreas com vulnerabilidades econômicas e sociais; e implementar, acompanhar e avaliar as ações de desenvolvimento social na faixa de fronteira, no âmbito da Região Sul (BRASIL, 2004B).

Para atender as demandas e necessidades, na região fronteira da região sul, o ministério cria o *Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável da Mesorregião da Grande Fronteira do Mercosul*. O programa tem por objetivo implantar um modelo de gestão, para o desenvolvimento sustentável da Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul, por meio de instrumentos que assegurem o fortalecimento da base econômica local, a inclusão social crescente e o manejo sustentável dos recursos naturais. As ações desenvolvidas pelo programa na Mesorregião Fronteira do Mercosul tratam: da capacitação de recursos humanos para a gestão do desenvolvimento local e integrado; do gerenciamento da implementação de projetos para o desenvolvimento sustentável; da implementação do planejamento para o desenvolvimento sustentável; da mobilização de comunidades mediante o associativismo e o cooperativismo; da realização de fórum de desenvolvimento local integrado e sustentável (BRASIL, 2004C).

Outro aspecto de extrema relevância deu-se com o estabelecimento da Cooperação Internacional firmada pelo Brasil com outros países, inclusive os países membros do Mercosul, a Cooperação entre a América Latina, o Caribe e a União Européia (ALCUE) intitulado “saúde e qualidade de vida”. Para tanto, apontam como desafios as últimas cinco décadas de urbanização explosiva e de expansão demográfica, em que os países da América Latina e o Caribe tornaram-se a região mais urbanizada do mundo. Essas novas tendências urbanas, que tomam forma, apresentam novos desafios à saúde e ao desenvolvimento como um todo (MARTINEZ; YANNIS, 2000).

Para MARTINEZ e YANNIS (2000), as novas tendências mundiais requerem a promoção de inovações nas áreas de saúde familiar, educação e saúde, segurança da saúde pública (engenharia em alimentos, drogas, segurança em transfusões), avaliação das tecnologias da saúde, administração da qualidade total, observação e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, saúde mental e sexual e, por fim, problemas ambientais e ocupacionais. Essas áreas, consideradas prioritárias, necessitam de apoio, através do desenvolvimento de redes regionais e inter-regionais, para compartilhar informações e conhecimentos.

A partir dessa perspectiva, a Cooperação entre a América Latina e Caribe apresenta questões, entre elas: a consolidação das capacidades de pesquisa regional, a identificação de problemas de saúde e fatores de risco, a inovação nas atividades científicas e tecnológicas, e a educação a longo prazo, com o objetivo de criar sujeitos críticos para firmar o sistema nacional de saúde na região da América Latina e Caribe. A Cooperação recomenda a criação, a consolidação e a implementação de programas bi-regionais de pesquisa, nas áreas consideradas prioritárias. Desde que, estes programas levem em consideração os fatores sociais, culturais e econômicos, específicos de cada região, assim como, seus recursos de biodiversidade, seus sistemas de proteção legal e o potencial oferecido pela transformação genômica e produção biotecnológica (MARTINEZ; YANNIS, 2000).

Segundo Martinez e Yannis (2000), a pesquisa bir-regional, juntamente com a Cooperação para o desenvolvimento da ALCUE, serão poderosos instrumentos na busca pelo fortalecimento do sistema nacional de saúde, em ambas as regiões. Da mesma forma, a contribuição destes instrumentos se refletirão para uma melhor qualidade e maior eficiência dos serviços locais saúde.

Matiolli (2003), ressalta que diante da inexistência de qualquer acordo, entre os Estados-membros, sobre critérios para solucionar os freqüentes problemas de deslocamentos intracomunitários, de defesa dos Direitos Humanos e sociais, iniciou-se a partir dessa necessidade, uma reestruturação interna dos países frente a esse respeito. Deste modo, sabe-se que a questão da livre circulação de trabalhadores não consta, de forma explícita, entre as normas que instituíram inicialmente o Mercosul.

O direito de livre circulação de trabalhadores fundamenta-se no princípio da não-discriminação, que comporta a igualdade de tratamento entre todos os trabalhadores que desempenham sua atividade no âmbito do Mercosul, superando-se toda discriminação quanto aos trabalhadores estrangeiros face aos trabalhadores nacionais (MATIOLLI, 2003).

Destaca-se que, sendo considerada uma das formas de harmonização de legislações, tem-se preconizado para o Mercosul a adoção de uma Carta Social. Todavia, em dezembro de 1993, os trabalhadores da região apresentaram aos Presidentes, um projeto de Carta Social, firmado pelas seguintes instituições: Confederação Geral do Trabalho (CGT) da Argentina; Central Única dos Trabalhadores (CUT), do Brasil; Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), do Brasil; Força Sindical (FS), do Brasil; Central Única dos Trabalhadores (CUT), do Paraguai e, Plenário Intersindical de Trabalhadores (PIT/CNT), do Uruguai (MATIOLLI, 2003).

Para atender a necessidade de estabelecer legalmente o trânsito de pessoas, a Lei nº 6.815 de 1980, vem definir a situação jurídica do estrangeiro no Brasil. É criado, para tanto, o Conselho Nacional de Imigração. No Art. 1º da Lei, estabelece que qualquer estrangeiro poderá, satisfeitas as condições desta Lei, entrar e permanecer no Brasil e dele sair, sempre que resguardados os interesses nacionais.

Na Lei do Estrangeiro (1980), ficam estabelecidos legalmente todos os requisitos, direitos e deveres dos sujeitos que venham a entrar ou permanecer no Brasil. Mais especificamente, menciona no Título II do Capítulo I Art. 4º, estabelece ao estrangeiro, que pretenda entrar no território brasileiro, que o visto será concedido de acordo com as seguintes modalidades: I - de trânsito; II - de turista; III - temporário; IV - permanente; V - de cortesia; VI - oficial; e VII - diplomático. O visto permanente, tratado no art. 16 da mesma Lei, poderá ser concedido ao estrangeiro que pretenda se fixar definitivamente no Brasil. Aponta, no parágrafo único do mesmo artigo, que a imigração tem por objetivo principal, propiciar mão-de-obra especializada, aos vários setores da economia nacional, tendo em vista o aumento da produtividade, à assimilação de tecnologia e à captação de recursos para setores específicos.

No que compete ao trânsito de pessoas entre fronteiras, o Art. 21 da Lei, destaca que ao estrangeiro de país limítrofe, que esteja domiciliado em qualquer cidade próxima ao território brasileiro, sempre que respeitados os interesses de segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade. No inciso primeiro (§ 1º) do mesmo artigo, destaca-se ao estrangeiro, que pretenda exercer alguma atividade remunerada ou freqüentar estabelecimento de ensino nos municípios fronteiriços, à estes será fornecido um documento especial, que identifica e caracteriza sua condição, bem como, será fornecida Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso. A documentação acima mencionada, não confere o direito de residência no Brasil, nem o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios.

O estrangeiro, a partir da presente lei, somente poderá ser expulso se, de alguma forma, “atentar contra a segurança nacional, a ordem política ou social, a tranqüilidade ou moralidade pública e a economia popular, ou cujo procedimento o torne nocivo à conveniência e aos interesses nacionais”, estabelecido no Art. 64.

Quando a Lei do Estrangeiro trata Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro no Título X, o art. 94, cita que o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis. E no artigo 105, refere-se ao que é vedado ao estrangeiro, a citar:

I - ser proprietário, armador ou comandante de navio nacional, inclusive nos serviços de navegação fluvial e lacustre; II - ser proprietário de empresa jornalística de qualquer espécie, e de empresas de televisão e de radiodifusão, sócio ou acionista de sociedade proprietária dessas empresas; III - ser responsável, orientador intelectual ou administrativo das empresas mencionadas no item anterior; IV - obter concessão ou autorização para a pesquisa, prospecção, exploração e aproveitamento das jazidas, minas e demais recursos minerais e dos potenciais de energia hidráulica; V - ser proprietário ou explorador de aeronave brasileira, ressalvado o disposto na legislação específica; VI - ser corretor de navios, de fundos públicos, leiloeiro e despachante aduaneiro; VII - participar da administração ou representação de sindicato ou associação profissional, bem como de entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada; VIII - ser prático de barras, portos, rios, lagos e canais; IX - possuir, manter ou operar, mesmo como amador, aparelho de radiodifusão, de radiotelegrafia e similar, salvo reciprocidade de tratamento; e X - prestar assistência religiosa às Forças Armadas e auxiliares, e também aos estabelecimentos de internação coletiva. § 1º O disposto no item I deste artigo não se aplica aos navios nacionais de pesca (BRASIL, 1980).

No que se refere à Declaração Sócio-Laboral do Mercosul, o artigo 4º trata dos trabalhadores migrantes e fronteiriços:

Art. 4º Todo trabalhador migrante, independentemente de sua nacionalidade, tem direito à ajuda, informação, proteção e igualdade de direitos e condições de trabalho reconhecidos aos nacionais do país em que estiver exercendo suas atividades, em conformidade com a legislação profissional de cada país. Os Estados Partes comprometem-se a adotar medidas tendentes ao estabelecimento de normas e procedimentos comuns relativos à circulação dos trabalhadores nas zonas de fronteira e a levar a cabo as ações necessárias para melhorar as oportunidades de emprego e as condições de trabalho e de vida destes trabalhadores (BRASIL, 2004F).

Quanto à saúde e a segurança no trabalho na mesma Declaração, o artigo 17 determina que o trabalhador tem o direito de exercer suas atividades em um ambiente de trabalho sadio e seguro, no sentido de preservar sua saúde física e mental e estimular seu desenvolvimento e desempenho profissional. Os países membros do Mercosul passam a comprometer-se na formulação, aplicação e atualização, de modo permanente, e em cooperação com as organizações de empregadores e trabalhadores, de políticas e programas voltados para a saúde e segurança dos trabalhadores, assim como do ambiente de trabalho. Essas ações vêm no intuito de prevenir acidentes de trabalho e enfermidades profissionais, promovendo condições ambientais propícias para o desenvolvimento das atividades dos trabalhadores.

Estabelece ainda a Seguridade social aos trabalhadores,

Art. 19 Os trabalhadores do Mercosul têm direito à seguridade social, nos níveis e condições previstos nas respectivas legislações nacionais. Os Estados Partes comprometem-se a garantir uma rede mínima de amparo social que proteja seus habitantes frente à contingência de riscos sociais, enfermidades, velhice, invalidez e morte, buscando coordenar as políticas na área social, de forma a suprimir eventuais discriminações derivadas da origem nacional dos beneficiários.

A Secretaria de Articulação Internacional (SAI), vinculada ao governo do Estado de Santa Catarina, teve sua criação em 2002. Desde então, tem procurando estabelecer acordos de cooperação com a finalidade de propiciar o desenvolvimento da integração entre os países membros do Mercosul, mais especificamente com a Argentina, de acordo com os limites territoriais postos na região de fronteira do Estado.

Dentre os acordos e protocolos firmados recentemente, destaca-se o Convênio Marco de Cooperação²⁴ entre o Governo do Estado e a Província de Misiones - Argentina. O Convênio tem por finalidade estimular o desenvolvimento e a integração entre os dois países, em busca de maior aproximação econômica e social entre as populações vizinhas. O mesmo apresenta objetivos de promoção, coordenação e acompanhamento de ações conjuntas nas áreas de educação, cultura, infra-estrutura, saneamento, reflorestamento, vigilância sanitária, turismo, comércio, assuntos de fronteira, entre outros temas pertinentes. No entanto, este também compromete as partes envolvidas, na promoção de esforços para a realização de ações que venham atingir os objetivos do Convênio²⁵.

A Declaração Conjunta dos Presidentes da Argentina e Brasil, foi assinada pelos respectivos presidentes, em visita do presidente brasileiro Luz Inácio Lula da Silva à Buenos Aires em 2003. Deste encontro, foram assinados alguns acordos bilaterais, a citar: o Consenso de Buenos Aires; a Declaração sobre a Água e a Pobreza; o Acordo de Simplificação de Legalizações de Documentos Públicos; o Acordo de Cooperação entre as Autoridades de Defesa da Concorrência na Ampliação das Leis de Concorrência; o Acordo por Troca de Notas que Modifica o Acordo de Facilitação de Atividades Empresariais; o Memorando de Entendimento para a Criação da Comissão de Monitoramento do Comércio entre Brasil e Argentina; o Memorando de entendimento para o estabelecimento de um mecanismo de intercâmbio de informação sobre a circulação e o tráfico ilícito de armas de fogo, munições, explosivos e outros materiais correlatos.

²⁴ Termo de Cooperação técnica nº 17.431/2003-9, assinado em Dionísio Cerqueira-SC em 22 de agosto de 2003.

²⁵ O presente acordo tem prazo de vigência até 31 de dezembro de 2006.

Neste encontro os presidentes discutiram ainda, a importância do fortalecimento de instituições democráticas nos países da região, para a plena vigência do Estado de direito, e a defesa absoluta dos Direitos Humanos, a proteção do meio ambiente e o combate à corrupção. Estes compreendem, que o menosprezo a tais valores são geradores de pobreza, desigualdade social e instabilidade política. Ressaltaram, assim, a importância do estreitamento dos laços de amizade entre as Províncias e os Municípios argentinos e os Estados e municípios brasileiros. Foram também destacados, o importante papel de iniciativas como as reuniões de Governantes da CRECENEA e do CODESUL (BRASIL, 2003B).

A atribuição à Educação, Ciência e Tecnologia, como pontos centrais na estratégia de desenvolvimento nacional e regional, para a superação da pobreza e para a obtenção de uma maior equidade social, deu-se por parte dos dois presidentes. Comprometeram-se, ainda, para atingir estes propósitos, a busca pelo aumento do investimento de recursos financeiros nestes setores e o uso mais eficiente dos mesmos.

Na Secretaria de Articulação Internacional, também foi resgatado o Acordo sobre Isenção de Vistos entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Argentina. O Acordo foi assinado em São Borja - Rio Grande do Sul, em dezembro de 1997, e aprovado pelo Congresso Nacional em outubro de 1999. O acordo entrou em vigor em 22 de abril de 2000.

O Acordo a cima, menciona a necessidade de facilitar ao máximo o trânsito de nacionais entre os dois países, no processo de consolidação e aprofundamento da integração regional. No artigo 1º do acordo, fica expresso que este se aplica às pessoas pertencentes as seguintes categorias: artistas, professores, cientistas, desportistas, empresários ou agente de negócios, jornalistas, profissionais e técnicos especializados - aqueles trabalhadores de nível de instrução médio, seja secundário ou técnico. A documentação exigida para adquirir o visto

brasileiro para os nacionais de outros países, nestes casos são o passaporte ou a cédula de identidade expedida pelos Estados, com validade nacional. No caso da concessão de visto Argentino são necessários o passaporte, a cédula de identidade expedida pela polícia federal Argentina, o Documento Nacional de Identidade, *libreta de enrolamiento* ou *libreta civica* (SANTA CATARINA, 2000).

A Carta de Posadas, assinada em abril de 2004 entre o Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones, considera os objetivos de integração propostos pelos países que compõem o Mercosul e manifestam algumas intenções. Dentre elas, são mencionadas: na área de infra-estrutura; área de turismo; áreas agrárias e industriais, atendendo as prioridades dos micro e pequenos produtores e a área da saúde, atendendo um espaço comum de entendimento e atenção à população de fronteira. Nesta última, são intenções entre os Estados partes:

7) definir o nível de complexidade dos estabelecimentos hospitalares nas localidades de fronteira; 8) apresentar registro de atenções por especialidades (produção) e compatibilizar medidas de prevenção na região de fronteira, assim como realizar registro de metodologia e fito-medicamentos de uso tradicional; 9) criar estruturas formais de recolhimento e processamento de informações em nível local, regional e estadual, realizando uma reengenharia de informação da saúde de acordo com as instituições responsáveis, propiciando uma base de dados eficaz e eficiente. Elaborar uma rede remota de dados de modo que se integrem as instituições e serviços de saúde, facilitando os conhecimentos da rede de Internet; 10) desenvolver sistemas especializados de apoio na tomada de decisões, de maneira que sirvam de auxílio aos distintos setores de saúde; 11) Desenvolver sistemas multimídia para capacitação e avaliação de recursos humanos à distância; 12) Estimular seminários regionais técnico-científicos e favorecer o intercâmbio de informações sobre a atenção à estrangeiros (SANTA CATARINA, 2004E).

Em abril de 2004, ocorreu a Missão Governamental e Empresarial do Estado de Santa Catarina à Córdoba (2004F), com o objetivo de inserir empresas catarinenses no mercado da região. A missão propiciou ainda, a aproximação dos dois governantes, assim como,

contribuiu para o fortalecimento dos vínculos com a região central da Argentina, especialmente Córdoba (SANTA CATARINA, 2004F).

Mais recentemente na reunião do Grupo de Trabalho, do Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones na Argentina, ocorrida em 08 de maio de 2004, os seguintes pontos foram deliberados ou discutidos: ferrovias, gasoduto, rodovias, agricultura, educação, água, ecologia, turismo e cultura, e saúde. Na ata da reunião foram apresentadas as deliberações para cada um dos dez itens entre eles a saúde, objeto do estudo.

Assim, para a saúde apontou-se a necessidade da realização de um levantamento macro regional da capacidade instalada dos serviços de média e alta complexidade na área hospitalar, dos municípios de Santa Catarina, e do Paraná com os municípios de fronteira com a Província de Misiones. Mencionada também, a necessidade da realização de um levantamento epidemiológico e sanitário, entre os municípios envolvidos e a Província de Misiones, também, a realização de um encontro com a participação dos estados do Paraná e Santa Catarina através dos gestores estaduais e municipais com a província. É apontado também, o levantamento e a troca de conhecimento com relação à política de medicamentos básicos ao que contempla sua produção e distribuição.

3.2 Municípios Catarinenses, saúde e direitos na região da fronteira

O primeiro passo deu-se com a caracterização do objeto de estudo, ou seja, a legislação do direito à saúde nos municípios fronteiriços do estado de Santa Catarina.

No intuito de conhecer a realidade das políticas de saúde na região de fronteira do estado de Santa Catarina com a Argentina, foi necessário, ainda, a caracterização dos

municípios localizados no Extremo Oeste do Estado, fronteiriços com a província de Misiones, na Argentina.

No tocante ao aspecto da municipalização, a proposta do atual Plano de Governo Estadual referencia um novo sistema, com novas características nos relacionamentos entre o Estado e os municípios. Portanto, ao Estado cabe a função de planejar e coordenar as ações, e aos municípios, cabe a execução de tais ações. Todavia, o Estado subentende que, as ações executadas com mais racionalidade, economia, rapidez e qualidade pelo poder local, será a ele delegado, a transferência dos recursos total ou parcial, de acordo com a natureza da obra executada (SANTA CATARINA, 2004B).

Neste sentido, no Plano de Governo Estadual (2004B), a municipalização apresenta-se através do apoio do Estado aos municípios, por meio de ações que viabilizam a execução de obras locais. Parte do reconhecimento de que, a melhoria da qualidade de vida da população, freqüentemente, depende da realização de ações em âmbito restrito que, mesmo apresentando custos relativamente baixos, não podem ser suportadas somente pelos municípios (SANTA CATARINA, 2004B).

No que compete à habilitação dos municípios, a Secretaria de Estado da Saúde (2002), aponta que todos os municípios catarinenses estão habilitados em uma das condições de gestão (Gestão da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal). De modo que, venham a cumprir todos os requisitos exigidos na NOB 1996. Segundo a mesma Secretaria, dos 293 municípios catarinenses, 20 (6,83%) encontram-se habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), que corresponde a 37,15 % da população abrangida, e 273 (93,17%) estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Os instrumentos mais importantes para a realização de avaliações sistemáticas, através da Secretaria de Estado da Saúde de SC,

são os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão Municipais, em que há obrigatoriedade na apresentação.

As Regionais de Saúde, foram estruturadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de SC há mais de dez anos, segundo a organização político administrativa da Federação Catarinense de Municípios (FECAM), e mantiveram-se sem alterações. No total, existem em Santa Catarina, dezoito (18) Regionais de saúde, cujas sedes situam-se nos municípios de: Araranguá, Blumenau, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Canoinhas, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Jaraguá do Sul, Lages, Mafra, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Tubarão, Videira, Xanxerê. Os municípios de Santa Catarina, ainda, estão organizados por regiões. Cada qual, dispõe de uma associação de municípios, e segundo a Federação Catarinense de Municípios (2004), o Estado está subdividido em vinte e uma (21) associações de municípios²⁶. Entre as quais, serão caracterizadas no estudo, a Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC), que compreende o município de Chapecó e a Associação dos Municípios do Extremo Oeste Catarinense (AMEOSC), a qual compreende a maioria dos municípios pesquisados.

²⁶ AMAI - Associação dos Municípios do Alto Irani; AMAUC - Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense; AMARP - Associação Dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe; AMAVI - Associação dos Municípios Do Alto Vale do Itajaí; AMERIOS - Associação dos Municípios do Entre Rios; AMESC - Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMFRI - Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí; AMMOC - Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense; AMMVI - Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí; AMNOROESTE - Associação dos Municípios do Noroeste Catarinense; AMOSC - Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina, compreende o município de Chapecó mencionado na pesquisa; AMPLA - Associação dos Municípios do Planalto Norte Catarinense; AMPLASC - Associação dos Municípios do Planalto Sul Catarinense; AMREC - Associação dos Municípios da Região Carbonífera; AMUNESC - Associação dos Municípios do Nordeste de Santa Catarina; AMURC - Associação dos Municípios da Região do Contestado; AMUREL - Associação dos Municípios da Região de Laguna; AMURES - Associação dos Municípios da Região Serrana; AMVALI - Associação dos Municípios do Vale do Itapocu; GRANFPOLIS - Associação dos Municípios da Grande Florianópolis e a AMEOSC - Associação dos Municípios do Extremo Oeste Catarinense - a qual compreende a maioria dos municípios pesquisados.

Será caracterizado, inicialmente, o município de Chapecó, município da pesquisa que se encontra inserido na Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC). O município de Chapecó está localizado no oeste catarinense, assim, devido à sua localização, dispõe de um encontro, tanto de rodovias federais quanto estaduais. Concomitantemente, apresenta acesso fácil aos países do Mercosul, entre os quais, a fronteira Argentina que se encontra a apenas 160km deste. (SANTA CATARINA, 2003A).

A população residente no município de Chapecó, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compreende 146.967 habitantes, sendo que destes 72.600 eram homens e 74.367 eram mulheres (IBGE, 2004).

Na área da saúde (IBGE, 2004), o município dispõe de um hospital com 261 leitos hospitalares, 66 unidades ambulatoriais e 9 centros de saúde. Segundo a Secretaria de Saúde (2004A), o município está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. As ações e serviços de saúde realizadas no município procuram seguir as diretrizes preconizadas pelo SUS, principalmente, no que tange aos princípios da equidade e universalidade, no atendimento a todos os usuários do sistema, sendo estes brasileiros ou argentinos. O atendimento à saúde se dá através das policlínicas e unidades de saúde da família, que tem garantido o acesso e o atendimento aos brasileiros, pelo SUS no município.

A Lei Orgânica Municipal de Chapecó, de abril de 1990, aponta em seu Capítulo IV a competência do município no que se refere as políticas de saúde:

XIV - Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população, inclusive assistência nas emergências médico-hospitalares de pronto-socorro, com recursos próprios, ou mediante convênio com entidades especializadas (CHAPECÓ, 2004B).

Em seguida, a mesma Lei estabelece no Art. 11, o que é da competência comum do Município, do Estado e da União: “I - zelar pela guarda das Constituições Federal e Estadual, das Leis, das Instituições Democráticas e conservar o patrimônio público; II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (CHAPECÓ, 2004B).

No art. 106 na Seção da saúde, fica expressa a saúde, como direito de todos os munícipes e dever do Poder Público. Assegurada, esta, mediante políticas sociais e econômicas, com vistas à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário, às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei Orgânica Municipal especifica, ainda, o atendimento à saúde, no sentido de universalizar a assistência à população urbana e rural e de integralidade da assistência. Compreendida, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

O município, a partir de informações coletadas na Secretaria de Saúde, não dispõe de legislação específica, que tende a regular o atendimento aos usuários do sistema de saúde que residem na região de fronteira, neste caso, na Argentina. Portanto, não há referência se o atendimento é garantido também aos estrangeiros, ou se a compreensão da universalidade supera o limite territorial.

A AMEOSC compreende a maioria dos municípios definidos para o estudo, tem sua sede no município de São Miguel do Oeste, no extremo oeste catarinense. Os municípios que integram são: Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Descanso, *Dionísio Cerqueira*, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, *Itapiranga*, Mondaí, Palma Sola, Paraíso,

Princesa, Santa Helena, São João do Oeste, *São José do Cedro*, *São Miguel do Oeste*²⁷, Tunápolis. Os municípios, que compõe essa microrregião, possuem entre si características semelhantes, devido as suas origens, porém, apresentam também entre si algumas particularidades.

O Município de Dionísio Cerqueira está geograficamente localizado na divisa de Santa Catarina com o Estado do Paraná e na fronteira com a Argentina. A população residente no município é de 14.250 habitantes (IBGE, 2004), entre estes 7.160 homens e 7.090 mulheres.

O atendimento à saúde no município, está organizado e estruturado de forma que sejam consolidados e concretizados, os preceitos e princípios da Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080 de 1990, no que se refere ao direito à saúde de forma universal, equânime e integral.

As informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Dionísio Cerqueira, quanto às ações e serviços em saúde, que demandam da região fronteiriça, apresentam ocorrências que se dão através de campanhas isoladas, que envolvem, essencialmente, a questão epidemiológica. De acordo com a mesma Secretaria, o município encontra-se habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica.

O município atende aos usuários do sistema de saúde, oriundos de outros municípios do Estado, ou ainda, de outros Estados brasileiros, por meio dos consórcios intermunicipais. A exemplo, são citados alguns municípios do estado do Paraná, que encaminham usuários às especialidades médicas, presentes neste município. Além disso, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (2004), o atendimento de alta complexidade se realiza através de encaminhamentos às cidades de Chapecó, Maravilha e Florianópolis.

²⁷Os municípios que apresentam destaque em itálico compreendem os municípios pesquisados.

A Assistente Social do município de Dionísio Cerqueira aponta que, na atenção básica, seu município tem garantido o atendimento aos usuários, não somente os que vêm em busca de atendimento da Argentina, mas também, de outros Estados brasileiros, a citar do Rio Grande do Sul e do Paraná. Além disso, no município, o atendimento à saúde é gratuito há 17 anos, e são percebidos, não somente o trânsito de argentinos, como também ocorre a migração de famílias, que vem de outros Estados em busca de atendimento gratuito.

Desta forma, existe um trânsito internacional e interestadual de usuários do sistema de saúde municipal. Todavia, o que garante o direito ao atendimento, é que legalmente o direito à saúde é universal, na Carta Constitucional brasileira, e apresenta-se como uma orientação específica do município, não havendo, entretanto, uma legislação municipal a esse respeito.

Esse fato reflete outra característica apresentada no sistema de saúde municipal, que o repasse dos recursos, legalmente dispostos, não vem correspondendo à situação atual do município. Ou seja, o município conta com recursos que são repassados conforme a renda per capita e o número de habitantes, de acordo com o último censo do IBGE, mas, as demandas se apresentam em número maior. Isso ocorre, devido as demandas de usuários que vem de outras regiões ou de outros Estados, que não tem residência fixa no município, nem participam do censo do IBGE, assim como, da renda per capita municipal.

A dificuldade apresenta-se, ainda, na garantia de atendimento às demandas e necessidades da população que reside no município. Entretanto, os recursos repassados às Secretarias são insuficientes, devido ao constante trânsito de usuários que se deslocam, freqüentemente, de uma região para outra. Esse trânsito decorre da crise na Argentina, ocorrida no início de 2000, que teve repercussões diretamente no poder de compra dos argentinos, que dependiam ou buscavam mercadorias neste município. Foi identificado também, que na Argentina, a situação de miserabilidade da população é extremamente visível.

Há, ainda, uma migração constante de brasileiros, que dispõem de documentação argentina e brasileira. Desta forma, estes indivíduos, transitam normalmente entre as fronteiras, e as demandas são percebidas, não somente para área da saúde, mas também, para a assistência social e outras.

Outro município destacado na pesquisa foi o município de Guaraciaba. O município possui uma população com cerca de 11.038 habitantes (IBGE, 2004), e encontra-se localizado no extremo oeste de Santa Catarina. A partir dos contatos realizados com a Secretaria Municipal da Saúde, identificou-se que os usuários de outros municípios e de outros Estados, incluindo também os argentinos, que buscam atendimento no município são atendidos normalmente. Contudo, a demanda por serviços de saúde, por parte dos argentinos, é percebida, principalmente, por indivíduos que já tem residência fixa no município.

Segundo a Assistente Social da Secretaria de Saúde do município, a política de saúde é regida e orientada com vistas a ir ao encontro do que preconiza a lei nº 8080 de 1990, no que tange aos princípios da universalidade e da equidade na prestação dos serviços de saúde. O município encontra-se habilitado em Gestão de Atenção Básica de Saúde, e os usuários que dependem de tratamento de média e alta complexidade, são encaminhados aos municípios de São Miguel do Oeste, Chapecó e Florianópolis. Da mesma forma, também não há nenhuma disposição legal, em âmbito municipal, que se refira a uma legislação específica, que regule o atendimento aos serviços públicos de saúde.

As informações obtidas, a partir do contato com a Assistente Social, apontam que, diferentemente do que ocorre na fronteira do município de Dionísio Cerqueira, a fronteira do município de Guaraciaba não se dá através de estradas, e sim por matas. Desta forma, não há indícios de migração ou trânsito da população Argentina para o município. Mas sim, o que

ocorre é uma mobilidade de usuários, em busca de atendimento à saúde, que migram de um município à outro na região.

Localizado também no extremo oeste catarinense, outro município levantado na pesquisa é Itapiranga. O município conta com uma população residente de 13.998 habitantes, segundo dados do IBGE (2004). O município referência, para onde são encaminhados os usuários do sistema municipal de saúde de Itapiranga, é São Miguel do Oeste, quando não há disposição dos serviços necessários (ITAPIRANGA, 2004A).

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, o município de Itapiranga encontra-se habilitado em Gestão de Atenção Básica de Saúde. Todavia, frente a realização da pesquisa, não há indícios da existência de uma legislação municipal, que seja específica, da atenção à saúde ou outras regulamentações.

A Lei Orgânica do município aponta, no Capítulo II, seção I que trata da Competência Privativa, o artigo 4º menciona que, no exercício de sua autonomia, compete prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

Mais precisamente no artigo 115, aponta:

Art. 115. A saúde é direito de todos os munícipes e dever do poder público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem a eliminação do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, recuperação, proteção e reabilitação.

Art. 116. Para atingir os objetivos estabelecidos no artigo anterior o município promoverá juntamente com a sociedade:

- I - Condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;
- II - Respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;
- III - Acesso universal, igualitário, de autonomia (livre escolha), informativo e participação de todos os habitantes do município às ações e serviços de promoção, probitantes e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação
- IV - Opção quanto ao tamanho da prole (ITAPIRANGA, 2004B).

A Lei Orgânica estabelece, no artigo 118, as atribuições do município:

- I - Planejar, organizar, gerir, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde;
- II - Planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a sua direção estadual;
- III - Gerir, executar, controlar e avaliar as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - Executar serviços de: a) Vigilância epidemiológica; b) Vigilância sanitária; c) Alimentação e nutrição;
- V - Planejar e executar a política de saneamento básico em articulação com o Estado e a União;
- VI - Executar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VII - Fiscalizar as agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos Estaduais e Federais competentes, para controlá-los;
- VIII - Formar consórcios intermunicipais de saúde;
- IX - Gerir laboratórios públicos de saúde;
- X - Avaliar e controlar a execução de convênios e contratos, celebrados pelo Município, com entidades privadas prestadores de serviço de saúde; [...]
- XIII - O planejamento e execução das ações, de controle do meio ambiente e de saneamento básico no âmbito do município, em articulação com os demais órgãos governamentais; [...]
- XV - A administração e execução das ações e serviços de saúde e de promoção nutricional, de abrangência municipal ou intermunicipal (ITAPIRANGA, 2004B).

As ações e os serviços de saúde (Art.119), realizados no município, passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. Desta forma, constitui o Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, organizado de acordo com as diretrizes de comando único, exercido pela Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente, com integridade na prestação das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas. Da mesma forma, prevê a organização de distritos sanitários, com alocação de recursos técnicos e práticos de saúde, adequadas a realidade epidemiológica do município. Ressalta, ainda, o direito do indivíduo, quanto a obtenção de informações e esclarecimentos sobre assuntos referentes a promoção, proteção e recuperação de sua saúde(ITAPIRANGA, 2004B).

O município de São José do Cedro, também referenciado na pesquisa, fica localizado na microrregião de São Miguel do Oeste, e as cidades fronteiriças a ele são Princesa, Guaraciaba, Barra Bonita, Guarujá do Sul, Dionísio Cerqueira, Anchieta, no lado brasileiro, e a província de Misiones, do lado Argentino. A população que reside no município é de 13.678 habitantes.

Em contato com o profissional de Serviço Social, que atua no município, percebeu-se que as divisas entre seu município e a Argentina, também se dão através de matas densas. Contudo, existem entre estas, caminhos que facilitam o trânsito de pessoas.

O município de São José do Cedro dispõe do Programa de Saúde da Família, e desta forma, as demandas por serviços de saúde chegam, por parte das famílias atendidas pelos profissionais, que trabalham diariamente, através do programa, naquela região. São percebidas também, as constantes migrações de famílias para o município. São famílias que se deslocam do lado argentino e, frequentemente, os atendimentos são realizados à mulheres, no oitavo mês de gestação. Essas usuárias buscam a realização de exames, assim como, após o nascimento, necessitam de assistência, através do auxílio cesta básica. Isso decorre da situação de miserabilidade presentes nessa região da fronteira.

As demandas mais frequentes são percebidas, por parte de brasileiros residentes na Argentina, que buscam de atendimento no lado brasileiro. Ocorrem muitas migrações, por partes destes indivíduos, não apresentadas somente como particularidade de um único município, mas sim, como um fato percebido em quase todos os municípios da região de fronteira. Desta forma, são colocados desafios, que decorrem da insuficiência dos recursos repassados ao atendimento da população, com residência fixa no município, em decorrência do fluxo de pessoas que transitam nestes municípios, em busca de atendimento à saúde. Também se percebe, o trânsito de indivíduos que residem no município e se deslocam, por

algum tempo, para a Argentina e vice-versa. Isso decorre da existência de parentescos, em ambos os lados da fronteira, que facilitam o livre trânsito dos indivíduos nessa região de fronteira.

O município de São Miguel do Oeste fica também localizado no extremo oeste do Estado, compreende a sede da AMEOSC e a sede da Gerencia Regional de Saúde. Segundo dados do IBGE (2004), a população residente é de cerca de 32.324 habitantes.

O município está habilitado em Gestão Plena de Atenção a Saúde, seguindo as diretrizes estabelecidas na NOB de 1996, segundo informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde.

As dificuldades apresentadas pelos municípios, inseridos na Gerencia Regional de Saúde de São Miguel do Oeste, não se encontram no atendimento de atenção básica de saúde. A dificuldade está no atendimento de média e alta complexidade, quando os pacientes precisam ser deslocados à outros municípios. Em decorrência de uma série de fatores, os municípios referências, que deveriam atender as necessidades de acordo com sua habilitação, não dispõem dos serviços solicitados pelos municípios habilitados apenas de atenção básica. Isso ocorre em toda a região, e no Estado como um todo, ou seja, os sistemas de saúde, com suas novas regulamentações e especificidades, se apresentam insuficientes para atender as demandas regionais.

No caso do município de São Miguel do Oeste, as demandas mais freqüentes são percebidas no que se refere à solicitação de medicamentos. Muitos argentinos se dirigem ao município de São Miguel do Oeste, devido ao comércio local, para comprar produtos.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde deste município, o direito a saúde é entendido como garantia de universalidade e igualdade a todos os usuários. No município

também são evidenciados problemas referentes ao repasse dos recursos, destinados aos serviços e ações em saúde, insuficientes para atender a demanda.

As políticas voltadas à saúde, nos municípios de fronteira, são desenvolvidas em cooperação aos países de fronteira com o Brasil, somente por meio de ações pontuais em momentos ocasionais, prioritariamente, na ocorrência de epidemias e pandemias. Fato que ocorre, mais no sentido de proteção e garantia, de que no lado brasileiro a população ficará segura quanto a proliferação de doenças, que venham a surgir no outro lado da fronteira.

As dificuldades e demandas apresentadas pelos municípios decorrem de um de sistema de saúde, que por um lado, demonstrou grandes avanços que se evidenciam com as garantias legais, mas por outro, não foi pensado, no sentido de atender as especificidades regionais, que se depararam nas regiões de fronteiras. Fato que ocorre, não somente no estado de Santa Catarina, mas em todo o território nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando os objetivos iniciais do trabalho, de reconhecimento e descrição das regulações sobre o acesso a saúde, assim como, identificar e examinar os patamares legais de acessibilidade às ações e serviços em saúde nos municípios fronteiriços e a concepção de direito à saúde que perpassa tais regulações, alguns aspectos analisados no estudo merecem destaque.

As transformações desencadeadas na comunidade internacional, mencionadas no estudo, tornam cada vez mais complexas e contraditórias as relações entre os países, na busca pelo desenvolvimento. E assim, cada vez mais as nações são desafiadas no sentido de amenizar os reflexos decorrentes dessa nova ordem econômica mundial que agrava e acentua as desigualdades sociais.

Após décadas de discussões, impasses e debates entre vários países e organismos internacionais, resultaram as Cartas de Direitos mundialmente reconhecidas, entre elas e mais recente a Declaração e Programa de Ação de Viena. Suas propostas vêm no sentido de apresentar novas recomendações e formas de relações entre as nações, na garantia dos Direitos Humanos. Estes, que talvez sejam a expressão da única garantia do acesso às necessidades básicas do homem, em destaque, o direito à saúde. Percebe-se, a pouca importância conferida a tais referenciais legais, por parte dos representantes municipais, frente a garantia dos direitos sociais, especificamente o direito à saúde. Contudo, há que se buscar nestas discussões, ultrapassar o desafio que se apresenta, e garantir os direitos através de sua implementação e efetivação.

A integração ou cooperação, estabelecida entre os diversos países, tem por objetivo central a realização de acordos que possibilitem o desenvolvimento regional, nacional e internacional em diversas esferas. O desafio, posto nos dias atuais, consiste não apenas em propiciar à estas regiões o desenvolvimento econômico, mas o desenvolvimento econômico e social, possibilitando a proposição de ações, planejadas e executadas, com vistas a proporcionar qualidade de vida dos indivíduos que residem nas regiões de fronteira. Indivíduos que se defrontam com especificidades de relações, extremamente diferenciadas das demais regiões.

Frente ao objetivo de reconhecer e descrever as regulações sobre o acesso à saúde, percebe-se, com o estudo, que as garantias legais, especificamente no que tange a relação entre os países fronteiriços, diante do entendimento do direito à saúde passa por impasses. Tanto em sua conceituação, quanto na efetivação das políticas. Todavia, o estudo possibilitou o reconhecimento da escassa legislação, existente no território nacional, referente ao direito à saúde ou à região de fronteira, específica de Santa Catarina, ou mesmo no Brasil. As recentes relações e acordos firmados, entre o Governo da Argentina e o Governo Brasileiro, possibilitarão o respaldo legal de ações e políticas que assegurem aos indivíduos, residentes nessa região de fronteira com o Brasil, o acesso a programas e políticas sociais que atendam as demandas mais frequentes.

Retomando o segundo objetivo do estudo, identificar e examinar os patamares legais de acessibilidade, o direito à saúde, recentemente mencionado nas cooperações e acordos firmados entre Argentina e Brasil, passa a ser evidenciado como um fator relevante para o desenvolvimento social da região. A saúde, mesmo ainda a passos curtos, como observado no estudo, vem tendo destaque nas discussões e possibilitando a proposição de ações conjuntas,

por parte do Governo Argentino e do Governo Brasileiro, no intuito de atender as demandas da região. Estes não chegam, entretanto, a concretizar-se materialmente e efetivamente.

Diante do objetivo mencionado, e mesmo com os avanços apontados pela Lei nº 8080 de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde, e em seguida pelas Normas Operacionais Básicas, que se apresentam com a finalidade de estruturar o atendimento às ações e serviços de saúde, em âmbito nacional, e assegurar a efetivação de suas diretrizes, são apresentados desafios quanto a otimização dos recursos repassados. Este desafio remete, portanto, ao repasse insuficiente de recursos para a realização de tais ações, principalmente, após a delegação de responsabilidades aos municípios. Essa dificuldade é apresentada por todos os municípios, inseridos na pesquisa, que apontam a utilização dos serviços de saúde por parte de usuários, oriundos de outros municípios e Estados e, freqüentemente, pelo atendimento às demandas dos vizinhos argentinos.

Frente ao terceiro objetivo, e permeando o debate sobre a garantia do direito à saúde, envolve-se a compreensão dos representantes governamentais, sejam eles federais, estaduais ou municipais, sobre o direito à saúde presente na Constituição Federal. Desta forma, o desafio apontado remete-se ao pouco reconhecimento, tanto no âmbito nacional como internacional, de referências legais sobre o direito à saúde, para pessoas que residem em regiões fronteiriças.

Portanto, é pertinente trazer para a discussão sobre o direito à saúde, garantido no caso Brasileiro na Constituição Federal de 1988, conforme o terceiro objetivo do trabalho, que sua compreensão se apresenta com duplo sentido. Por um lado, compreende-se que a universalidade do direito à saúde é de acesso a todos os nacionais, ou seja, a todos e somente os cidadãos brasileiros. Por outro, aponta para a universalização do acesso a todos os indivíduos, sejam estes brasileiros ou não, sem distinção de nacionalidade.

Neste percurso, em busca de novas perspectivas de integração e articulação regional, os organismos governamentais, de ambos os países, poderão voltar-se para o reconhecimento da escassez de programas e projetos, que dêem suporte as demandas da população que reside na região de fronteira. Destarte, a articulação de informações junto a estes organismos traz novas expectativas, internacionais e regionais, de espaços de debates quanto aos caminhos da cooperação que viabilizem, através de políticas coerentes, a atenção às necessidades de seus cidadãos.

A busca pelo reconhecimento da legislação que garante o acesso a proteção social na região de fronteira, tem como perspectiva a proposição, criação e desenvolvimento de ações que viabilizem um mínimo de proteção aos indivíduos que residem nessa extensão territorial, por parte dos representantes governamentais. Desta forma, ressalta-se a importância do estudo, no reconhecimento de que, os pactos de cooperação que vierem a se firmar entre os dois países fronteiriços, tornem-se garantias mínimas aos indivíduos. Frente a esta situação, há a necessidade de um olhar mais aguçado para a área da proteção social, em específico à saúde.

Diante das questões levantadas, apresenta-se como proposta inicial, dar visibilidade às informações e dados obtidos no estudo, por meio da formalização de relatório de pesquisa, além de sua divulgação através dos meios de comunicação. Visibilidade esta que propicie aos representantes governamentais e gestores o reconhecimento das demandas por ações e serviços de saúde da região. Ressalta-se, que a discussão sobre as formas de acessibilidade do direito à saúde, constituem temáticas que devem ser aprofundadas em estudos futuros, a fim de configurarem garantias efetivas.

Por fim, a região estudada necessita de um cuidado especial, tendo em vista acabar com a designação de “terra de ninguém”, no sentido de que ninguém é cidadão de direitos, assim como, ninguém se responsabilize pela garantia dos direitos e dos deveres, fato este, que

decorre das diversas interpretações legais. Necessita, também, de ações que possibilitem uma maior interlocução entre os organismos governamentais, frente ao desenvolvimento regional, “como um todo”.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Josiane. A legislação referente ao direito à saúde nos municípios de Santa Catarina que fazem fronteira no MERCOSUL. **Subprojeto de Pesquisa: UFSC/CSE/DSS**. Florianópolis, 2003.

ALMEIDA, E. S; WESTPHAL, M. F. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E.S. (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde, Descentralização/Municipalização do SUS**. São Paulo: Ed. UDESP, 2001.

ALMEIDA, Wellington. **Globalização e Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/Globalizacao_DH/globaldh.html> Acesso em : 8 de mar., 2004.

ALVES, José A. Lindgren. Direitos Humanos, Cidadania e Globalização. **Revista LUA NOVA**, São Paulo: CEDEC, n. 50 Faces da Democracia, p. 185-206, 2000.

ALVEZ, José A. Lindgren. **Relações Internacionais e temas sociais**: a década das conferências. Brasília: IBRI, 2001, p. 77- 148.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2001. p. 219-229.

CHALOULT, Yves; ALMEIDA, Paulo R. **Mercosul, Nafta e Alca**: a dimensão social. São Paulo: LTr, 1999.

DUPAS, Gilberto. Identidade, governabilidade e integração sob a lógica global. São Paulo: **Novos Estudos CEBRAP**, julho de 2001 n. 60, 97-107 p.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LOPES, Juarez. R. Brandão. **Novos Parâmetros para a Reorganização da Política Social Brasileira**. Brasília: IPEA, p. 30-80, 1994. (Texto para discussão, n. 358).

MARCHI, Júlio C. **O processo de integração dos serviços de saúde no Mercosul: uma análise das perspectivas e obstáculos no âmbito da prestação dos serviços**. 2000. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002. 343 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002A.

NOGUEIRA, Vera M. Ribeiro. Direito à saúde na sociedade contemporânea: um convite à reflexão. **Revista Ser Social**. Brasília: UnB, n. 10, Política Social - Saúde, p.57 – 91, janeiro a julho de 2002B.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e Tendências da Seguridade Social brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, v.65, p. 95 - 123, 2001.

NOGUEIRA, Vera M. R.; SIMIONATTO, Ivete. Mercosul e reforma do Estado: impactos sobre o direito à saúde. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Katálisis**. Florianópolis: Editora da UFSC, n. 3, p. 11-18, novembro 1998.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 142p.

NOGUEIRA, Vera M. R.; SIMIONATTO, Ivete. Direito à Saúde: discurso, prática e valor: Uma análise nos países do Mercosul. **Relatório Parcial de Pesquisa**. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

NOGUEIRA, Vera M. R. Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde. **Projeto de Pesquisa: UFSC/CSE/DSS**. Florianópolis, 2003.

PEREIRA, Josecleto C. de Almeida. **O Trabalho e o Equilíbrio Social: Mercosul e Sindicalismo**. Porto Alegre: Síntese, 2000. 156 p.

PORTO, Maria C. da Silva. Cidadania e (des) proteção social: uma inversão do Estado Brasileiro? **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 65 Assistência e Proteção Social, p.17-32, novembro de 2001.

SADER, Emir. Direitos e esfera pública. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, v.77, p. 5 - 10, março de 2004.

SILVA, Maria L. Lopes da. Cidadania, Globalização e Previdência Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 65 Assistência e Proteção Social, p. 05-16, novembro de 2001.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUSA, Rosângela M. S. Controle social em saúde e cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 74 p. 68-84, julho de 2003.

SOUZA, R. G; MONNERAT, G. L; SENNA, M. de C. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 67-85.

MARTINEZ, Eric; TSELENTIS, Yannis. Rio de Janeiro, 7 de nov., 2000. **Cooperação América Latina, Caribe e União Européia: saúde e qualidade de vida**. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/alcue/saude.htm>>. Acesso em: 3 de mar., 2004.

MATTIOLI, Maria Cristina. **Circulação de trabalhadores no Mercosul**. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/harvard1/mattioli.htm>>. Acesso em: 10 de nov., 2003.

FONSECA, Sergio A. **Integração de municípios em políticas sociais de desenvolvimento pode garantir crescimento nacional**. Disponível em: <http://proex.reitoria.unesp.br/edicao38ago2003/materias/artigo_sergio_azevedo_fonseca.htm>. Acesso em: 19 de abr., 2004.

ABSOLUTISMO. Disponível em: <<http://www.nossahistoria.com.br/mundo3/01.htm>>. Acesso em: 4 de maio, 2004.

FONTES DE PESQUISA

BRASIL. Acordo sobre Isenção de Vistos entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Argentina de dezembro de 1997. Rio Grande do Sul: 2000.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 32/2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2001A.

_____. Declaração Conjunta dos Senhores Presidentes da República Federativa do Brasil e da República Argentina de 16 de outubro de 2003. Buenos Aires, 2003A.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990A.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990B.

_____. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1980.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programas e ações**. Disponível em: <www.min.gov.br>. Acesso em: 14 de abr., 2004A.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Secretarias de Programas Regionais: Departamento de Programas das Regiões Sul e Sudeste**. Disponível em: <www.min.gov.br>. Acesso em: 15 de abr., 2004B.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Secretarias de Programas Regionais: Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável da Mesorregião da Grande Fronteira do Mercosul**. Disponível em: <www.min.gov.br>. Acesso em: 15 de abr., 2004C.

_____. Ministério da Integração Regional. **Competências**. Disponível em: <www.min.gov.br>. Acesso em: 15 de abr., 2004D.

_____. Ministério da Justiça. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/gpdh/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 20 de fev., 2004E.

_____. Ministério da Justiça. **Flexibilizando fronteiras**. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/mercosul/>. Acesso em: 5 de jun., 2004H.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Assuntos Internacionais: Acordo de Previdência Social**. Disponível em: <www.mpas.gov.br/10_01_01.asp>. Acesso em: 3 de fev., 2004G.

_____. Ministério Público do Trabalho. **Declaração Sócio-Laboral do Mercosul**. Disponível em: <http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/dec_Mercosul.pdf>. Acesso em: 24 de mar., 2004F.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Mercosul no governo do Presidente Lula**. Disponível em: <www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/Mercosul/Mercosul>. Acesso em: 10 de dez., 2003B.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Política externa: Mercosul e Integração Regional**. Disponível em: <www.mre.gov.br>. Acesso em: 10 de dez., 2003C.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 29 de out., 2003D.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, de 06 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde. Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001B.

_____. Portaria Nº 373. Norma Operacional Da Assistência À Saúde Do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Protocolo Regional Fronteiriço n. 23 de 29 de novembro de 1988. Marco Institucional CRECENEA Litoral - CODESUL do Governo da República Argentina e do Governo da Republica Federativa do Brasil. Buenos Aires: 1988.

CHAPECÓ. Prefeitura Municipal. **Secretaria de Saúde**. Disponível em <www.chapeco.sc.gov.br>. Acesso em: 5 de jan., 2004A.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei Orgânica Municipal**. Disponível em <www.chapeco.sc.gov.br>. Acesso em: 5 de jan., 2004B.

DECLARAÇÃO e programa de ação de Viena. 1993. Disponível em:<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/viena/declaracao_e_programa_de_acao_de_viena.htm>. Acesso em: 30 de abr., de 2004.

DIONÍSIO CERQUEIRA. **Prefeitura Municipal**. Disponível em:
<<http://www.pmdc.sc.gov.br>>. Acesso em: 3 de jan., 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 de abr., 2004.

ITAPIRANGA. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em:
<<http://www.itapiranga.sc.gov.br>>. Acesso em: 3 de jan., 2004A.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei Orgânica Municipal**. Disponível em:
<<http://www.itapiranga.sc.gov.br>>. Acesso em: 3 de jan., 2004B.

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989**. Disponível em: <
<http://www.sc.gov.br/governo/paginas/constituicao>>. Acesso em: 3 de fev., 2004A.

_____. Governo do Estado de Santa Catarina. **Municípios**. Disponível em:
<www.sc.gov.br>. Acesso em: 20 de out., 2003A.

_____. Governo do Estado de Santa Catarina. **Plano de governo**. Disponível em: <www.sc.gov.br/governo/paginas/planodegoverno00.htm>. Acesso em: 3 de fev., 2004B.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Informações básicas para gestores do SUS. Florianópolis: Diretoria de Planejamento e Coordenação de Ações Regionais, 2ª ed., 2002A.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. Quadrienal. Elaborado por Soraia Dornelles Schoeller *et al.* Belo Horizonte: Coopmed, 2002B. 90p.

_____. Termo de Cooperação Técnica n. 17.431 de 22 de agosto de 2003. Convênio Marco de Cooperação entre o Governo do Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones - Argentina. Dionísio Cerqueira: 2003B.

_____. Federação Catarinense de Municípios. **Associações de municípios**. Disponível em: <<http://www.fecam.org.br/>>. Acesso em: 10 de maio, 2004C.

_____. Associação Dos Municípios Do Estremo Oeste De Santa Catarina. **Municípios**. Disponível em: <<http://www.ameosc.org.br/municipios.html>>. Acesso em: 10 de maio, 2004D.

_____. Carta de Posadas entre o Governo de Santa Catarina e a província de Misiones de 14 de abril de 2004. Posadas: 2004E.

_____. Missão governamental e empresarial do Estado de Santa Catarina à Córdoba de 20 de abril de 2004. Resultados. Córdoba: 2004F.

SÃO MIGUEL DO OESTE. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.prefsmo.sc.gov.br>>. Acesso em: 3 de jan., 2004.